



Praxis für Zahngesundheit
KOPPMAIR

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Selma Koppmair & Team

PERSÖNLICHES

Name, Vorname Geburtsdatum, Geburtsort

Straße PLZ, Ort

Telefon Festnetz Telefon Arbeit Telefon Mobil

E-Mail Beruf Arbeitgeber

Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie halbjährlich / jährlich an Ihre
Vorsorge zu erinnern? ja nein

Wenn ja, wie wollen Sie benachrichtigt werden: E-Mail Telefon

VERSICHERUNG

Krankenkasse

Gesetzlich versichert Besitzen Sie ein Bonusheft? ja nein

Privat versichert Zusatzversicherung Basistarif

Sind Patient und Mitglied der Versicherung **nicht** identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße PLZ, Ort

WIE WURDEN SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM?

Persönliche Empfehlung: _____ Überweisender Arzt: _____

Internet Anzeige Jameda Homepage Sonstiges: _____

ALLGEMEINE GESUNDHEITSSITUATION

Zutreffendes bitte ankreuzen!

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Augenerkrankung (Glaukom, grauer oder grüner Star) |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung |
| Wenn ja, welche: _____ | <input type="checkbox"/> Depressionen |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Angina Pectoris | Wenn ja, welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Besitzen Sie einen Allergiepass? |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz | <input type="checkbox"/> Nehmen Sie aktuell Medikamente ein? |
| <input type="checkbox"/> Besitzen Sie einen Herzpass? | Wenn ja, welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ist eine Endokarditisprophylaxe notwendig? | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hirnschrittmacher | <input type="checkbox"/> Unverträglichkeit gegen Medikamente |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | Wenn ja, welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Unverträglichkeit gegen Spritzen |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Komplikationen bei einer zahnärztl. Behandlung? |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Typ I oder II) | Wenn ja, welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD) | <input type="checkbox"/> Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel pro Tag: _____ |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Sind Sie schwanger? Wenn ja, welche Woche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörungen | |
| <input type="checkbox"/> Infektiöse Erkrankungen (HIV, Hepatitis, Tuberkulose) | |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen: _____ | |

MUNDGESUNDHEITSSITUATION

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

- Vorsorge Beratung Schmerzbehandlung Neuer Zahnersatz Zweite Meinung
 Überweisung Zahnarzt Sonstiges: _____

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich / jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Möchten Sie an unserem Prophylaxe-Recallservice teilnehmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen? | | |

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. **Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.** Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden. Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Über die Berechnung nicht eingehaltener Behandlungstermine.

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass die mit Ihnen vereinbarten Behandlungstermine Fixtermine sind. Wir halten uns nur für Ihre Behandlung diese bestimmte Zeitspanne frei und dürfen Sie deshalb bitten, diese Termine unbedingt einzuhalten.

Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin mitteilen. Gerne sind wir dann bereit, mit Ihnen einen neuen Termin zu vereinbaren.

Sollten Sie einen fest vereinbarten Termin nicht wahrnehmen, ohne uns über diesen Umstand rechtzeitig vorher in Kenntnis gesetzt zu haben, dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihnen in diesem Falle eine Entschädigung in Rechnung gestellt werden kann (§§ 615 / 280 BGB).

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit dieser Vorgehensweise einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient