

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich willkommen im Zahnzentrum Dormagen! Um Ihren Gesundheitszustand und Ihre speziellen Anliegen kennen zu lernen, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiter/-innen an der Rezeption. Gerne helfen wir Ihnen weiter. Im Voraus vielen Dank für Ihre Mühe und Verständnis.

Persönliches

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefon- und Mobilnummer (Nummer, unter der Sie tagsüber am besten zu erreichen sind)

Geburtsort

Krankenkasse

Sie kommen auf Empfehlung von:

Versicherter (bei nicht selbst Versicherten)

Beruf

Geburtstag (des Versicherten)

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? ja nein

Unser Service

Regelmäßige Erinnerungen

- Ich möchte den Recallservice Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen schriftlich oder per E-Mail an einen Nachsorgetermin zur Untersuchung und/oder zur Behandlung. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

Wie möchten Sie von uns erinnert werden?

- Schriftlich per E-Mail

E-Mail-Adresse, an die eine Benachrichtigung erfolgen soll

Einwilligungserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Zahnzentrum Dormagen, die für meine Behandlung bei anderen Ärzten erforderlichen Behandlungsdaten, Befunde sowie Röntgenbilder auf Anforderung an diese übermittelt, auch per E-Mail. Zusätzlich erkläre ich mich einverstanden, dass das Zahnzentrum Dormagen bei Bedarf Röntgenbilder bei anderen Ärzten anfordern darf. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit widerrufen kann.

Kontaktdaten Vorbehandler

Dormagen, den

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten

Gesundheitliches

Haben Sie zu hohen Blutdruck? ja nein

Haben Sie zu niedrigen Blutdruck? ja nein

Hatten Sie eine Herz-OP? ja nein

Falls ja, bitte folgendes ankreuzen:

Bypass-OP ja nein

Klappenersatz ja nein

Herzschrittmacher ja nein

Anderes (bitte angeben)

Konsumieren Sie regelmäßig Drogen? ja nein

Leiden Sie unter Alkoholsucht? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Falls ja, welche?

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? ja nein

Falls ja, welche?

Haben Sie Allergien? ja nein

Falls ja, welche?

Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen?

Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein

Asthma / Lungenerkrankung ja nein

Hepatitis (A/B/C) / Lebererkrankung ja nein

Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) ja nein

Glaukom (Erhöhter Augeninnendruck) ja nein

Immunschwäche (HIV) ja nein

Schilddrüsenunterfunktion ja nein

Schilddrüsenüberfunktion ja nein

Leiden Sie an sonstigen Erkrankungen? ja nein

Falls ja, welche?

Liegt eine Schwangerschaft vor? ja nein

Falls ja, welche Woche?

Haben Sie vor der zahnärztlichen Behandlung große Angst? ja nein

Haben Sie ein künstliches Gelenk? (z. B. Hüfte, Knie oder anderes Gelenk) ja nein

Falls ja, wann erfolgte die OP? (Monat und Jahr)

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund, Kiefer- und Gesichtsbereich. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt auszuschließen. Ferner kann es zu folgenden Komplikationen kommen:

Hämatombildung, geringe Mundöffnung, Nervenschädigung, dauerhafte Gefühlsstörung, Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit, Herz-Kreislauf-Probleme, Geschmacksstörung, Überempfindlichkeitsreaktionen (Allergien).

In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

Rechtliche Vereinbarung

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens

zwei Tage im Voraus telefonisch abzusagen. Andernfalls behalten wir uns vor, entstandene Kosten in Rechnung zu stellen.

- **Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Aufklärungen und Informationen gelesen und verstanden habe. Ferner bestätige ich, dass alle Angaben wahrheitsgemäß erteilt worden sind.**

Dormagen, den

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten