



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir wollen Sie vor und während der Behandlung gut informieren und benötigen dazu von Ihnen genaue und aktuelle Angaben.

Bitte füllen Sie die persönlichen Angaben auf dem Anmeldebogen aus und lesen sich die allgemeine Patienteninformation und Datenschutzerklärung (Impressum) genau durch.

Wenn Sie noch zusätzliche Informationen benötigen oder Fragen haben, wenden Sie sich bitte an das Praxisteam.

ANAMNESEBOGEN

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ Krankenkasse: _____
PLZ, Wohnort: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Telefon (privat): _____ Handy: _____
Telefon (berufl): _____ e-mail: _____

Bei ausländischen Rufnummern auf zusätzliche Angabe einer e-Mail Adresse achten!

Wenn Sie nicht selbst Mitglied der Krankenversicherung sind, bitte die Angaben des Mitgliedes eintragen.

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ Geb.datum: _____
PLZ, Wohnort: _____

Wer soll die Rechnung / Kostenvoranschläge erhalten ?
(Erziehungsberechtigte / Pfleger) _____

Wer ist Ihr Hausarzt ? _____

Wer hat uns empfohlen ? _____

Zur Erinnerung an regelmäßige Untersuchungen und Behandlungen (z.B Kontrolluntersuchungen, Parodontitisprophylaxe oder zur professionellen Zahnreinigung) bieten wir einen Erinnerungsservice (Recall) an.

Ich möchte am Erinnerungsservice (Recall) teilnehmen
(Sie können Ihre Teilnahme jederzeit beenden)

ja nein

Mail

SMS

- Nehmen Sie Medikamente ein O ja O nein
z.B. gerinnungshemmende, blutdrucksenkende oder sonstig Medikamente?
(auch Dauermedikation z. B. Macumar, Aspirin, Bisphosphonate)
wenn ja welche? _____
- Haben Sie Erkrankungen am Herz-Kreislauf-System?
(Blutdruck, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzschrittmacher, künstliche Herzklappe)
wenn ja welche? _____ O ja O nein
- Haben oder hatten Sie eine Infektionskrankheit? (z.B. Hepatitis, HIV, TBC)
_____ O ja O nein
- Sind Sie Diabetiker (zuckerkrank)? O ja O nein
(Spritzen Sie Insulin oder nehmen Sie "Zuckertabletten")?
- Haben oder hatten Sie sonstige Erkrankungen? (z.B. Krebs, Epilepsie) welche?
_____ O ja O nein
- Haben Sie Störungen bei der Blutgerinnung?
(häufiges Nasenbluten, Blutergüsse nach leichter Berührung) O ja O nein
- Leiden Sie an einer Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse? bitte unterstreichen O ja O nein
- Ist bereits eine Allergie (Heuschnupfen, Asthma) oder Unverträglichkeit aufgetreten?
(z.B. auf Schmerzmittel, Nahrungsmittel, Medikamente, Latex) welche?
_____ O ja O nein
- Besteht bei Ihnen ein erhöhter Augendruck? (Glaukom) O ja O nein
- Haben Sie Zahnfleischbluten oder gelockerte Zähne? O ja O nein
- Sind Sie schon am Kopf geröntgt worden? (wo und wann oder Röntgenpass vorlegen)
_____ O ja O nein
- Haben Sie schon einmal eine örtliche Betäubung erhalten?
(Gab es dabei / danach Komplikationen)? O ja O nein
- Haben Sie Implantate jeglicher Art?
(z.B. künstliche Herzklappen, künstliche Gelenke, künstliche Gefäße)?
wenn ja welche? _____ O ja O nein
- Kopfschmerzen / Schlafstörungen / Kiefergelenksprobleme / Verspannungen ? O ja O nein
- Für Frauen: Besteht (möglicherweise) eine Schwangerschaft? welche Woche? O ja O nein

Die Fragen zur Anamnese habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Die Risiken bei einer Spritze zur örtlichen Betäubung sind mir bekannt.
Wenn mir das Risiko zu hoch erscheint, werde ich einer örtlichen Betäubung aktiv widersprechen.

Die Allgemeine Patienteninformation der Usident MVZ GmbH, sowie die Datenschutzrechtliche
Einwilligungserklärung habe ich gelesen und bin mit dieser einverstanden.

Ich habe zur Zeit keine weiteren Fragen.
Sollte ich vor künftigen Behandlungen Fragen haben, werde ich diese stellen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)
Betreuer/Bevollmächtigter/Sorgeberechtigte*

* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.