

Anamnese Neupatient

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Herzlich Willkommen !

Wir begrüßen Sie herzlich in der Zahnarztpraxis Dr. Streckmann. Mit diesem digitalen Anamnesebogen helfen Sie uns, damit wir uns bestmöglich auf die persönliche Behandlung vorbereiten können.

Ihre vollständigen Angaben

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen möglichst vollständig aus - damit wir mit Ihren Angaben, eine optimale Behandlungsgrundlage schaffen können. Vielen Dank!

Karteieinsicht für Patienten der Vorgänger-Praxis Dr. Rickert:

Im Rahmen des Behandlungsverhältnisses und/oder der Weiterbehandlung erkläre ich mein Einverständnis, dass Herr Dr. F. Streckmann und das Fachpersonal der Zahnarztpraxis Einblick in meine vollständigen Patientenunterlagen (Kartei) nehmen und diese Daten weiter verarbeiten darf. Sollten Sie damit nicht (mehr) einverstanden sein, so geben Sie uns bitte rechtzeitig einen Hinweis.

Wenn Sie Unterstützung benötigen oder Fragen haben - wir helfen gerne. Bitte sprechen Sie uns einfach an...

Persönliche Daten - Patient

Name

.....

Vorname

.....

Geschlecht (männlich/weiblich/divers)

.....

Geburtsdatum

.....

Strasse

.....

Hausnummer

.....

PLZ

.....

Ort

.....

Berufliche Tätigkeit (freiwillige Angabe - im Falle einer körperlich schweren Tätigkeit von Belang)

.....

Telefon

.....
Mobiltelefon (z.B. + 49 123 12 34 56 78)
.....

E-Mail

.....

Wir bieten die Möglichkeit der Teilnahme an unserem Erinnerung-/ Bestätigungs-Service (Recall/Precall): Möchten Sie daran teilnehmen?

Telefon / SMS

- Ja
- Nein

E-Mail

- Ja
- Nein

Versicherung

Angaben zu Ihrer Versicherung

- Gesetzlich versichert
- Gesetzlich versichert mit Zahn-Zusatzversicherung
- Privat versichert
- Privat versichert mit Beihilfe
- Privat versichert - NUR Basistarif (z.B. Studenten)
- Pflegestufe 1 2 3 4 5

Information zu Privatleistungen bzw. Rechnungen der Praxis

Alle Patienten sind in jedem Fall verpflichtet die Gesamtrechnung der Praxis zu bezahlen, unabhängig von einer Erstattung der privaten Krankenkasse beziehungsweise Beihilfe oder einer privaten Zusatzversicherung. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Grund Ihres Besuches / Anliegen

Bitte teilen Sie uns den Grund Ihres Besuches mit

- Vorsorgeuntersuchung
- professionelle Zahnreinigung
- Schmerzen / Beschwerden
- Probleme mit vorh. Versorgung
- Zahnersatzberatung
- Implantatberatung
- 2. Meinung / Alternative
- Füllungen austauschen, erneuern,.....
- Karies / Füllung verloren oder defekt
- Zahnfleischbluten / Zahnfleischprobleme
- Knirschen / Pressen / Knacken
- Schnarchen / Schlafapnoe
- Empfindliche Zähne / Zahnhäse
- Aussehen der Zähne, Zahnfarbe

schlechter Geschmack / Geruch

Angaben zur Gesundheit / Erkrankung

Aktuelle Daten / Änderungen

Bitte geben Sie uns ALLE zutreffenden Informationen - nur so können wir z.B. Fehlmedikationen, Wechselwirkungen oder sonstige Schäden, die Ihren aktuellen Gesundheits-/Krankheitszustand betreffen vermeiden. Bitte informieren Sie uns unverzüglich, sofern sich etwas an den Daten ändert. Danke!

Leiden oder litten Sie an folgender/n Erkrankung/en?

- Bluthochdruck (Hypertonie)
- niedriger Blutdruck (Hypotonie)
- Herzschrittmacher
- Herzklappenerkrankung/-defekt
- Herzinfarkt
- Herzrhythmus-Störungen
- Stent / Bypass-OP
- Schlaganfall
- Bluter
- Blutarmut
- Asthma / Lungenerkrankung
- Bronchitis (chronisch)
- Magenerkrankung
- Darmerkrankung
- Blasenerkrankung
- Nierenerkrankung
- Dialyse
- Grauer Star
- Schilddrüsenerkrankung
- Anfallsleiden / Epilepsie
- Rheuma
- Osteoporose
- Tinnitus
- Psychische Erkrankung
- Depressionen
- Kopfschmerzen / Migräne
- Tumorerkrankung
- Bestrahlung
- Chemotherapie
- Tuberkulose
- Hepatitis (A, B, C)
- HIV / AIDS
- Covid 19 / Corona
- Zuckerkrankheit (Diabetes Typ 1)
- Zuckerkrankheit (Diabetes Typ 2)
- Grüner Star (Glaukom)
- Parkinson
- Weitere Erkrankungen
- Sonstige:

Zutreffendes auswählen:

- Unverträglichkeit Schmerzmittel
- Unverträglichkeit Betäubungsspritze
- Unverträglichkeit Penicillin
- Unverträglichkeit Clindamycin
- Latexallergie
- Jodallergie
- nachgewiesene Amalgamallergie
- bestehende Pflegestufe / Pflegegrad
- Endokarditisprophylaxe
- Neigung zu Nachblutung (blaue Flecken)
- Ohnmachtsneigung
- Onkologischer Patient (Chemotherapie)
- Unverträglichkeit Laktose
- Unverträglichkeit Fruktose
- Weitere Unverträglichkeiten
- Sonstige:

Nehmen Sie regelmäßig eines oder mehrere dieser Medikamente ein?

- Einnahme: ASS / Aspirin
- Einnahme: Marcumar
- Einnahme: Eliquis
- Einnahme: Plavix
- Einnahme: Pille
- Einnahme: Antidepressiva
- Einnahme: Schmerzmittel
- Einnahme: Bisphosphonate per os (Tablette)
- Einnahme: Bisphosphonate i.v. (Spritze)
- Einnahme: Opiate / Morphinum
- Einnahme: Xarelto
- Einnahme Pradaxa
- Einnahme Lixana
- Einnahme Weitere Medikamente
- Einnahme Pregabalin
- Sonstige:

Konsum von Nikotin, Rauschmittel....

- Rauchen - bis zu 10 Zigaretten/Tag
- Rauchen - mehr als 10 Zigaretten/Tag
- Rauschmittel / Drogen, gelegentlich
- Rauschmittel / Drogen, häufig
- Alkoholismus

NUR an unsere weiblichen Patientinnen...

Frage zur Schwangerschaft - bitte legen Sie ggf. den Mutterpass am Empfang vor...

- bestehende Schwangerschaft
- Schwangerschaft ungewiss / vermutet

Gleich geschafft....

Foto/ Fotodokumentation

Wir führen eine vollständig digitale Kartei. Daher fertigen wir Fotos unserer Patienten an (Karteibild) und/ oder zur Dokumentation einer Behandlung/ medizinischen

Dokumentation. Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, geben Sie uns bitte rechtzeitig einen Hinweis.

Verkehrstüchtigkeit

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 h beeinträchtigt sein kann - sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. -> Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi.

Datenschutz / DSGVO

Alle Informationen und Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes (DSGVO) und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung und evtl. Weiterleitung an Dritte (Fremdpraxen, Krankenkassen etc.) meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Einverständnis, Vollständigkeit & Richtigkeit

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben. Ich habe die Informationen und Angaben gelesen und verstanden. Hiermit gebe ich mein Einverständnis, in der Praxis behandelt zu werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient