Zahnarztpraxis
Dr. Raphael Püschel
Passauer Straße 5
94161 Ruderting

Anamnesebogen

Viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben, deshalb bitten wir Sie, den Fragebogen genau auszufüllen.
Diese Angaben geben uns wichtige Informationen über Ihren Gesundheitszustand und ermöglichen uns, die Behandlung individuell auf Sie abzustimmen (Zutreffendes bitte ankreuzen).
Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Patient	Versicherter
Name	Name
Vorname	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Straße	Straße
PLZ/Ort	PLZ/Ort
Telefon privat	Telefon privat
Mobil	Mobil
E-Mail	E-Mail
Arbeitgeber	Arbeitgeber
Telefon Arbeitgeber	Telefon Arbeitgeber

Versichertenstatus

□ gesetzlich versichert □ freiwillig versichert □ privat versichert
□ privat mit Beihilfe □ Basistarif □ Standardtarif
□ Zusatzversicherung

Hausarzt / behandelnder Arzt

Titel: Name: Ort: Telefon:

Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Krankheiten?

Herz

- □ Angina pectoris
- □ Herzinsuffizienz
- □ Rhythmusstörungen
- □ Herzklappenersatz
- □ Herzinfarkt
- □ Verengung der Herzkranzgefäße
- □ Bypassoperation
- □ Herzschrittmacher

Kreislauf / zentrales Nervensystem

- □ hoher Blutdruck
- □ Schlaganfall
- □ Krampfanfälle oder Epilepsie
- □ niedriger Blutdruck
- □ Ohnmachtsanfälle

Vegetatives Nervensystem

- □ Kopfschmerzen / Nackenschmerzen
- □ Tinnitus
- □ Migräne

Leber

- □ Gelbsucht
- □ Hepatitis A / B / C

Lunge

- □ Asthma
- □ Lungenembolie
- □ COPD

Stoffwechsel

- □ Diabetes I / II (Zuckerkrankheit)
- □ Schilddrüsenerkrankung
- □ Cholesterin (Blutfette)
- □ Nierenerkrankung

Augen

- □ Glaukom (grüner Star)
- □ grauer Star

Infektionskrankheiten

- □ HIV / AIDS
- □ Tuberkulose

Weitere medizinisch wichtige Informationen

ja	nein	
□	□	Magen-| Darmerkrankung (wenn ja, welche?)
□	□	Rheuma
□	□	Osteoporose
□	□	Tumorerkrankung (Bestrahlung, Chemotherapie)
□	□	Bluterkrankung | Blutgerinnungsstörung

□ □ Leiden Sie an anderen hier nicht aufgeführten Erkrankungen? (wenn ja, welche?)

□ □ Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? (z.B. Marcumar®, ASS)

□ □ Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (wenn ja, welche?)

ja nein

□ □ Leiden Sie an Allergien? (z.B. Pollen, Nahrungsmittel, Nickel, andere Werkstoffe) (wenn ja, welche?)
□ □ Haben Sie einen Allergiepass?
□ □ Rauchen Sie? (wenn ja, wie viel?)
□ □ Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder andere Drogen zu sich? (wenn ja, welche?)

□ □ Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?
□ □ Weiterleitung von Röntgenaufnahmen/Bilder per E-Mail (an weiterbehandelnde Ärzte)
□ □ **Konsiliarische Erörterungen mit anderen Behandlern (Ärzten, Therapeuten, Heilpraktiker, usw.)**
□ □ Kieferhöhlenentzündung (wenn ja, wann?)
□ □ Kiefergelenkbeschwerden /- knacken (wenn ja, wann?)
□ □ Ohrenschmerz (wenn ja, wann?)
□ □ Schnarchen Sie?
□ □ Haben Sie Zahnfleischbluten oder Zahnfleischrückgang? (wenn ja, seit wann?)

□ □ Wurde bereits eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt? (wenn ja, wann?)

□ □ Wurde bereits eine Zahnfleischbehandlung (Parodontitis-Therapie) durchgeführt? (wenn ja, wann?)
Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt?
□ □ Haben Sie Angst vor / bei zahnärztlichen Behandlungen

□ □ **Dürfen wir Sie an Ihren Termin erinnern? (z.B. telefonisch, SMS, E-Mail, Brief)**

Welches besondere Anliegen führt Sie zu uns in die Praxis?

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? (z.B. Presse, Telefonbuch, Internet, Bekannte)

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen beeinträchtigt sein kann, entweder durch die Behandlung an sich, oder auch durch den Einfluss von Injektionen oder Medikamenten.
Auf Wunsch kümmern wir uns gerne um ein Taxi.

Außerdem möchten wir Sie darauf hinweisen, dass Sie erst nach Verwirken von Injektionen wieder feste Nahrung zu sich nehmen sollen, um Verletzungen zu vermeiden.

Verwaltungsaufgaben werden unterstützend durch externe Abrechnungsfirmen (Premium Abrechnung Bayern, Fallstraße 34, 81369 München und BFS health finance GmbH, Hülshof 24, 44369 Dortmund) durchgeführt.

Die Zahnarztpraxis Dr. Raphael Püschel ist eine Bestellpraxis.

D. h. alle Termine sind eigens für den Patienten/-in vereinbarte Termine mit einer bestimmten Behandlung. Mir ist bekannt, dass dieser Termin extra für mich freigehalten wird und dass es deshalb aus organisatorischen Gründen notwendig ist, dass ich für den Fall einer Verhinderung rechtzeitig - d. h. spätestens 2 Tage vor dem Termin – absage, damit noch die Möglichkeit besteht, „Ersatzpatienten“ einzubestellen.

Sollte ich dennoch nicht rechtzeitig absagen, ist mir bekannt, dass mir die Kosten für die im Termin vereinbarte Behandlung in Rechnung gestellt werden können, wobei das anzurechnen ist, was infolge des Unterbleibens der Behandlung erspart wurde oder durch Behandlung anderer Patienten erworben wurde. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

Ruderting, den _____ _____
Unterschrift Patient

Möchten Sie von uns an Ihre regelmäßigen Kontrolltermine erinnert werden? (Recall)
(z.B. telefonisch, SMS, E-Mail, Brief)

ja □ **nein** □

Ruderting, den _____ _____
Unterschrift Patient