ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
durch die Einführung des Patientenrechtegesetzes und § 630f BGB sind wir verpflichtet, regelmäßig Informationen über Ihren Gesundheitszustand (Anamnese) einzuholen und zu aktualisieren.
Diese Informationen haben den Sinn, Risiken im Zusammenhang mit eventuell notwendigen zahnärztlichen Behandlungen zu erkennen und Komplikationen so weit wie möglich zu vermeiden.
Bitte beantworten Sie daher die folgenden Fragen in Ihrem eigenen Interesse sorgfältig und vollständig.
Sollten Sie Schwierigkeiten bei der Beantwortung haben oder Ihnen der Sinn einer Frage unklar sein sind Ihnen unsere Mitarbeiter oder Ihr Behandler gerne behilflich.
Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Nachname Patient	**Vorname Patient**
Geburtsdatum	
Name Hauptversicherter (falls familienversichert) Ehegatte, Vater, Mutter	**Geburtsdatum Hauptversicherter**
Straße/Hausnummer	**PLZ/Wohnort**
Telefonnummer	**Mobilnummer**
E-Mail-Adresse	**Telefonnummer Arbeit**
Beruf (Patient)	**Arbeitgeber**
Gesetzliche Krankenkasse	**Zahnzusatzversicherung ja/nein**

BEI PRIVATPATIENTEN:	
Basistarif bis zum 2,3fach Satz ja/nein	
Beihilfe ja/nein	
Privatversicherung welche?	

A. ERKRANKUNGEN

1. **Haben oder hatten Sie eine der nachfolgenden Herz-Kreislauferkrankungen:** ☐ **Nein** ☐ **Ja**

   Wenn JA, welche…
   a. zu hohen Blutdruck
   b. zu niedrigen Blutdruck
   c. Herzklappenfehler
   d. Herzrhythmusstörungen
   e. eine künstliche Herzklappe oder Gefäßprothese
   f. Herzschrittmacher
   g. Stents
   h. ……

2. **Sind Sie Diabetiker (zuckerkrank)?** ☐ **Nein** ☐ **Ja**
   Wenn JA, welcher…
   a. Typ 1 Diabetes
   b. Typ 2 Diabetes
   c. Anderer Diabetestyp

3. **Haben oder hatten Sie Bluterkrankungen?** ☐ **Nein** ☐ **Ja**
   Wenn JA, welche…
   a. Blutgerinnungsstörungen
   b. Leukämische Erkrankungen
   c. Anämien
   d. andere:

4. **Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten**
   (z.B. Antibiotika, Schmerzmittel, Metalle, Latex)? **Wenn JA, welche…**, ☐ **Nein** ☐ **Ja**

5. **Haben oder hatten Sie Infektionskrankheiten?** ☐ **Nein** ☐ **Ja**
   Wenn JA, welche…
   a. Hepatitis (Gelbsucht)
      wenn ja, welcher Typ (A, B, C, D, E):
   b. HIV
   c. Tuberkulose
   d. Tropenkrankheiten

6. **Leiden oder litten Sie unter einer der nachstehenden Erkrankungen?** ☐ **Nein** ☐ **Ja**
   Wenn JA, welche…
   a. Rheumatische Erkrankungen
   b. Nierenerkrankungen
   c. Schilddrüsenerkrankungen
   d. Lungenerkrankungen
   e. Magen-Darmerkrankungen

7. **Sind Sie Raucher?** ☐ **Nein** ☐ **Ja…**

   ___ Zigaretten Anzahl
   ___ Zigarren Anzahl
   ___ Pfeife Anzahl

8. **Haben Sie künstliche Gelenke? Wenn JA, welche…** ☐ **Nein** ☐ **Ja**

9. **Haben Sie Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)? Wenn JA, welche…** ☐ **Nein** ☐ **Ja**

10. **Leiden Sie an sonstigen, bis jetzt nicht aufgeführten Erkrankungen? Wenn JA, welche…** ☐ **Nein** ☐ **Ja**

B. MEDIKATIONEN

1. **Nehmen Sie Gerinnungshemmer? Wenn JA, welche…** ☐ **Nein** ☐ **Ja**

   (z.B. ASS, Marcumar, Eliquis, Xarelto, Lixiana, Pradaxa):

2. **Bekommen Sie Bisphosphonate (z.B bei Osteoporose) oral oder intravenös? Wenn JA, welche…** ☐ **Nein** ☐ **Ja**

   (z.B. Zometa, Bonviva, Bondronat, Aredia, Fosamax, Skelid, Bonefos, Didronel, Diphos):

3. **Erhalten Sie Immunsuppressiva (nach Organtransplantationen), Chemotherapien, Infusionen oder Injektionen? Wenn JA, welche…** ☐ **Nein** ☐ **Ja**

4. **Nehmen Sie andere, oben noch nicht aufgeführte Medikamente? Wenn JA, welche…** ☐ **Nein** ☐ **Ja**

   (bei sehr umfangreichen Medikationen bitte Medikationsplan des behandelnden Arztes mitbringen):

C. FÜR FRAUEN:

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ **Nein** ☐ **Ja**

D. FÜR EVENTUELL NOTWENDIGE RÜCKSPRACHEN:

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name:

Ort:

Bitte beachten:

Wir führen eine Bestellpraxis und behalten uns deshalb vor, reservierte und nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung zu stellen.

Ich verpflichte mich, Änderungen meines Gesundheitszustandes, die sich nach dem Beantworten dieses Fragebogens ergeben haben, dem Behandler unaufgefordert und unverzüglich mitzuteilen.

Eggenfelden, den …… ……

Unterschrift des Patienten

ZAHNÄRZTE

Praxisgemeinschaft
Dr. Bernd Kasper
Dr. Andreas Kasper
Dr. Christoph Hasenberger

Dr. Andreas Kasper
Pfarrkirchener Straße 84
84307 Eggenfelden
www.zahnärzte-eggenfelden.de

Telefon: 08721 1362
Telefax: 08721 7569
info@zahnärzte-eggenfelden.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihre Zeit möglichst effektiv zu nutzen und Wartezeiten so weit wie möglich zu reduzieren, wird unsere Praxis als Bestellpraxis geführt. Dieses System setzt voraus, dass vereinbarte Termine pünktlich eingehalten oder rechtzeitig (mindestens 24 Stunden vorher) abgesagt werden.

Wir bitten daher um Ihr Verständnis wenn wir uns vorbehalten, wiederholt nicht rechtzeitig abgesagte Termine mit einem reduzierten Stundensatz von

180,00 Euro bei zahnärztlichen Behandlungsterminen, bzw.
70,00 Euro bei prophylaktischen Behandlungsterminen

in Rechnung zu stellen. (LG Hannover, AZ 19 S 34/97).

Sämtliche Ansprüche, die aus dem zwischen Zahnarzt und Patient getroffenen Behandlungsvertrag resultieren, werden – soweit sie nicht dem gesetzlichen Forderungsübergang unterliegen – von dem Patienten an Dritte weder abgetreten noch verpfändet.

Patient und Zahnarzt bestätigen, jeweils ein Exemplar dieser Vereinbarung erhalten zu haben.

Patient

Name, Vorname:

.....

geb.: .....

Zahnarzt

Dr. Andreas Kasper
Pfarrkirchener Str. 84
84307 Eggenfelden
Tel. 0 87 21/13 62 Fax 0 87 21/75 69

Datum: .....

Unterschrift:

.....

Unterschrift:

.....