

# Anmeldebogen

Bitte ausfüllen und unterschreiben. Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Name	Vorname	Geburtsdatum
Strasse	PLZ/Ort	Email
Telefon privat	Telefon geschäftlich	Mobiltelefon
Beruf	Arbeitgeber	Empfohlen durch

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mein Praxisteam und ich freuen uns sehr, Sie hier in unserer Zahnarztpraxis begrüßen zu dürfen. Erlauben Sie mir Ihnen vorab ein paar wichtige Informationen zur Praxis und zum Behandlungsablauf zu geben.

Das Wichtigste in unserer Praxis sind Sie, unser Patient. Ihr Anliegen, Ihre Probleme und Beschwerden stehen im Vordergrund unseres Interesses. Wir möchten uns in erster Linie darum kümmern und Ihnen mit unserem Fachwissen-, und Können helfen.

Dazu ist es wichtig, daß Sie uns Ihre Probleme, Wünsche etc. mitteilen, den umseitigen **Anamnesebogen** sorgfältig ausfüllen und uns **Änderungen** bzw. Besonderheiten sofort und persönlich **mitteilen** (auch ein „Vieraugengespräch“ mit mir ist jederzeit möglich). Üblicherweise werden wir Ihnen nach gründlicher Befundaufnahme und Diagnoseerstellung einen Therapieplan vorstellen, der auf der Basis der medizinischen Notwendigkeit gründet und für Sie eine dauerhafte und langfristige Lösung darstellen soll. Wir möchten Ihnen und allen Patienten gleichermaßen die jeweils persönlich beste Therapie und Versorgung anbieten.

Wir führen eine **Terminpraxis**. Dadurch ist gewährleistet, daß ich den Beginn und das Ende Ihrer Termine meistens pünktlich einhalten kann. Daher bitte ich Sie, Ihre Termine ebenfalls einzuhalten, oder spätestens **48 Stunden vorher abzusagen**, da die sonst entstandene Fehlzeit in Rechnung gestellt wird, falls sie nicht mehr adäquat vergeben werden konnte.

Aus Gründen der Vereinfachung und Verringerung der entstehenden Verwaltungs-, und Büroarbeit habe ich das Abrechnungsbüro **PAS Dr.Hammerl** aus D-86713 Nördlingen damit beauftragt, die sich aus einer Behandlung ergebenden Rechnungen zu verwalten. Das bedeutet, das Sie die Rechnungen der zahnärztlichen Behandlung von der PAS Dr.Hammerl erhalten. Die PAS Dr.Hammerl hat sich im Rahmen der geltenden Datenschutzbestimmungen zur strengsten Geheimhaltung Ihrer Daten verpflichtet. Unterzeichnen Sie daher auch die folgende Einverständniserklärung der PAS Dr.Hammerl. Wir akzeptieren aber auch **Bargeld** und **Kreditkartenzahlungen**. Ihre voraussichtlichen Kosten teile ich Ihnen gerne vor Behandlungsbeginn mit, Rechnungen sind unabhängig vom Erstattungsverhalten Ihrer Versicherung fällig.

**Ich habe den Anmeldebogen aufmerksam durchgelesen und bin mit damit einverstanden. Dies bestätige ich durch meine Unterschrift.**

Konstanz, den .....

Unterschrift Patient

## Anamnese / Gesundheitsfragebogen

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen beantworten Sie bitte die nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig durch Ankreuzen bzw. Vervollständigung. Wenn Sie weitere Angaben in einem persönlichen Gespräch machen wollen, stehe ich Ihnen jederzeit zur Verfügung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

### Herz

- ( ja ) ( nein ) Zustand nach Infarkt  
( ja ) ( nein ) Rythmusstörungen  
( ja ) ( nein ) Herzklappenersatz / Schrittmacher

### Kreislauf

- ( ja ) ( nein ) niedriger Blutdruck  
( ja ) ( nein ) Bluthochdruck  
( ja ) ( nein ) Angina pectoris  
( ja ) ( nein ) Schlaganfall

### Erkrankung des blutbildenden Systems

- ( ja ) ( nein ) Bluter

### Augen

- ( ja ) ( nein ) Grauer Star  
( ja ) ( nein ) Grüner Star

### Atmungswege/Lunge

- ( ja ) ( nein ) Asthma  
( ja ) ( nein ) Bronchitis

### Magen-Darm-Trakt

- ( ja ) ( nein ) Magenerkrankung  
( ja ) ( nein ) Darmerkrankung

### Blase-Nieren

- ( ja ) ( nein ) Blasenerkrankung  
( ja ) ( nein ) Nierenerkrankung  
( ja ) ( nein ) Dialyse

### Leber

- ( ja ) ( nein ) Gelbsucht  
( ja ) ( nein ) Hepatitis

### Bewegungsapparat

- ( ja ) ( nein ) Rheuma  
( ja ) ( nein ) rheumatoide Arthritis  
( ja ) ( nein ) Gicht

### Zentrales Nervensystem

- ( ja ) ( nein ) epileptische Anfälle

### Stoffwechsel

- ( ja ) ( nein ) Zuckerkrankheit  
( ja ) ( nein ) Schilddrüsenüber-, unterfunktion

### Leiden oder litten Sie an folgenden

#### Erkrankungen?

- ( ja ) ( nein ) Haut/ Geschlechtskrankheiten  
( ja ) ( nein ) HIV bzw. AIDS, Tuberkulose  
( ja ) ( nein ) Tumoren, Chemotherapie)  
( ja ) ( nein ) Röteln, Mumps, Masern, Scharlach

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in **Behandlung** sind:

**Arzt:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_

### Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

( ja ) ( nein ) **Bluten** Sie lange wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht **blaue Flecken**?

( ja ) ( nein ) Hat sich in letzter Zeit Ihr **Gewicht** stark verringert?

( ja ) ( nein ) Haben Sie eine **andere**, hier nicht aufgeführte Erkrankung?

( ja ) ( nein ) Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein?

( ja ) ( nein ) Nehmen Sie regelmäßig **Alkohol** oder **Drogen** zu sich?

( ja ) ( nein ) Sind Sie **allergisch** gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?

( ja ) ( nein ) Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen **Spritzen** auf?

( ja ) ( nein ) ♀ Sind Sie z.Zt. **schwanger**?  
Monat ?

Hinweis zur **Verkehrstüchtigkeit** nach zahnärztlichen Behandlungsterminen. Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten.

**Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben durch meine Unterschrift.**

Konstanz, den .....

.....  
Unterschrift