

# Anmeldebogen mit Anamnese



Zahnarztpraxis im Klarschiff | Thomas Kurz

## Patient:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geboren am: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Strasse, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Tel.Privat,Mobil,Mail: \_\_\_\_\_  
Beruf,Arbeitgeber,Tel.: \_\_\_\_\_

## Privat versichert

Versicherung: \_\_\_\_\_  
Sondertarif mit  ja  nein  
mit Leistungseinschränkung (z.B. Basistarif)  
Beihilfeberechtigt:  ja  nein

## Gesetzlich versichert

Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Kostenerstattungsverfahren\* gewünscht:  ja  nein  
\*Privatbehandlung bei gesetzlicher Versicherung  
Bonusheft vorhanden:  ja  nein

## Versicherter / Zahlungspflichtiger / gesetzlicher Vertreter: (nur ausfüllen, falls anders als unter "Patient" angegeben)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geboren am: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Strasse, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

## Generelle Schweigepflichtsentbindung:

(z.B. Ehegatte / Kinder - bitte Namen und Geburtsdatum angeben)

Bitte beantworten Sie die unten stehenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau !

## Erkrankungen:

### keine

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Herz OP                | <input type="radio"/> Herzschrittmacher   | <input type="radio"/> künstliche Herzklappe |
| <input type="radio"/> Bluthochdruck          | <input type="radio"/> Gerinnungsstörungen | <input type="radio"/> Antibiotikaphylaxe    |
| <input type="radio"/> Rheuma                 | <input type="radio"/> Krebs               | <input type="radio"/> Schlaganfall          |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> Epilepsie           | <input type="radio"/> HIV Positiv           |
| <input type="radio"/> Hepatitis B            | <input type="radio"/> Hepatitis C         | <input type="radio"/> TBC                   |
| <input type="radio"/> Diabetes               | <input type="radio"/> Asthma              | <input type="radio"/> Schnarchen            |
| <input type="radio"/> sonstige Erkrankungen: | _____                                     |   |
| <input type="radio"/> Medikamentenallergie:  | _____                                     |   |
| <input type="radio"/> sonstige Allergien:    | _____                                     |   |
| <input type="radio"/> Allergiepass vorhanden |   |   |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

Name Ihres Hausarztes: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Röntgen am Kopf: wann und weshalb wurden Sie das letzte Mal geröntgt: \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger?  ja, in der \_\_\_\_ Woche  ich bin nicht sicher  nein

Recall: Möchten Sie ½ jährlich an Ihren Kontrolltermin erinnert werden?  nein  ja (Anruf)  ja (Mail)

## Risiken der Anästhesie

Beim Setzen einer Leitungsanästhesie im Unterkiefer kann es in seltenen Fällen zu einer Läsion eines Nerves kommen. Entweder des Nervus alveolaris inferior (Bereich der Wange) oder des Nervus lingualis (Bereich der Zunge). Nach verschiedenen zahnmedizinischen Studien treten Komplikationen zum Beispiel permanente Sensibilitätsstörung oder Geschmacksstörung nur selten auf. QUELLE: Ausgabe 09/2011 Seite 81 ID 108865 Zahnärzte Wirtschaftsdienst.

## Hinweis zur Krankenversicherungskarte

Wenn Sie Ihre Krankenversicherungskarte nicht vorlegen können, reichen Sie diese bitte innerhalb von 10 Tagen nach, weil sonst unsere erbrachten Leistungen privat berechnet werden müssen.

## Hinweis zur Terminvereinbarung

Bitte melden Sie sich spätestens am Vortag ab, wenn Sie Ihren Termin nicht einhalten können. Wir weisen darauf hin, dass gemäß Rechtsprechung nicht eingehaltene Termine (dadurch verursachte Ausfallzeiten) kostenpflichtig sind, es sei denn, das Nichterscheinen ist nachweislich unverschuldet. (Vergütung bei Annahmeverzug, §§ 304, 615 BGB u. §611, 615 Satz 1 BGB).

## Hinweis zum Datenschutz

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Die Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Dritte nicht ohne Ihre Erlaubnis weitergegeben. Das schließt Daten mit ein, welche der Health AG, zur Verfügung gestellt werden. Ihre gespeicherten Daten bei der Health AG können jederzeit widerrufen werden. Zu jeder Zeit können Sie sich über ihre personenbezogenen Daten, deren Herkunft und Empfänger und den Nutzen der Datenverarbeitung informieren und unentgeltlich eine Korrektur, Sperrung oder Löschung dieser Daten verlangen. Für weitere Informationen liegt im Wartezimmer eine "Patienteninformation zum Datenschutz" aus.

**Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, umgehend mitzuteilen.**

Flensburg, den

Unterschrift Patient / Versicherter / Zahlungspflichtiger / gesetzlicher Vertreter