



Zahnarztpraxis
Dr. Johannes Wittbrodt

Brackeler Hellweg 143
44309 Dortmund
Telefon 0231 - 25 58 60
Email: Dr.Wittbrodt@gmx.de

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall eingehalten werden können. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen möglichst frühzeitig ab. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) zu uns, müssen Sie eventuell mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherter Patient müssen Sie unbedingt die Krankenversicherungskarte vorlegen. Als freiwillig versicherter Patient haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Versicherungskarte oder die Behandlung auf Privatrechnung gem. § 13 SGB V (Kostenerstattung).

Patient:

Herr / Frau / Kind _____
Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Telefon / Mobil _____
Anschrift _____
Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl, Ort _____
E-Mail _____

Zahlungspflichtiger

(in der Regel der Patient selbst, bei Kindern der Erziehungsberechtigte)

Herr / Frau _____
Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Telefon / Mobil _____
Anschrift _____
Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl, Ort _____

Name des Kostenträgers _____
(Krankenkasse oder Versicherung)

- Ich bin pflichtversichert Ich bin privat versichert Ich bin nicht versichert
 Ich bin freiwillig versichert Ich bin Standardtarifversicherter gemäß § 25/Abs. 2a SGB V Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt)
 Ich bin beihilfeberechtigt
 Ich bin privat zusatzversichert

Beruf des Patienten

_____ Schüler / Student

Arbeitgeber

_____ Adresse _____
Name _____

_____ Telefon _____

Bitte füllen Sie auch die Rückseite aus

Grund Ihres Besuchs

Kontrolle Schmerzen Zahnfleischprobleme Sonstiges _____

Da viele Erkrankungen Einfluss auf Ihre Behandlung haben können, bitten wir Sie, uns über Ihre Erkrankungen zu informieren. Bitte teilen Sie uns auch zukünftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse, Ihrer Telefonnummer oder sonstiger Daten mit. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und werden an niemanden ohne Ihre schriftliche Einwilligung weitergegeben.

1. Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten?

- a) Asthma Tuberkulose
 Zuckerkrankheit Leberkrankheiten
 Rheuma Hepatitis A / B / C (Gelbsucht)
 Bluterkrankungen Anfallsleiden (Epilepsie)
 Blutgerinnungsstörungen Schilddrüsenerkrankungen
 HIV-Infektion

b) Allergische Reaktionen / Unverträglichkeit von Medikamenten oder Materialien

- ja nein wenn ja, welche _____
Haben Sie einen Allergiepass
 ja nein

- c) Herzinfarkt ja nein
Blutverdünner ja nein wenn ja, welche _____
Schlaganfall ja nein (z.B. Marcumar, Eliquis, ASS 100, ...)
Lähmungen ja nein

2. Wie hoch ist Ihr Blutdruck? niedrig normal hoch evtl. Werte _____

3. Tragen Sie einen Herzschrittmacher ja nein

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein

wenn ja welche _____

5. Besteht eine Schwangerschaft? nein ungewiss ja ggf. welche Woche _____

6. Rauchen Sie? nein ja

7. Sonstige Angaben / andere Krankheiten _____

8. Legen Sie Wert auf eine Behandlung in örtlicher Betäubung? ja nein

Bitte beachten Sie, dass die Reaktionsfähigkeit und Fahrtüchtigkeit unter dem Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für 4-6 Stunden beeinträchtigt sein kann.

9. Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein
wenn ja, wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____

10. Ich bin an einem Prophylaxeprogramm interessiert? ja nein

11. Haben Sie ein Bonusheft? ja nein

12. Möchten Sie an Ihren Vorsorgetermin erinnert werden? ja nein

13. Sind Sie ein besonders ängstlicher Patient? ja nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum _____ Unterschrift _____