



KIEFER- & GESICHTSCHIRURGIE
AM STADTPARK

Anmelde- und Anamnesebogen

Patient

Hauptversicherter

Name _____

Name _____

Vorname _____

Vorname _____

Geb.-Datum _____

Geb.-Datum _____

PLZ, Wohnort _____

PLZ, Wohnort _____

Straße, Nr. _____

Straße, Nr. _____

Telefon _____

Telefon _____

Beruf _____

Beruf _____

Arbeitgeber _____

Telefon-Arbeitgeber _____

Krankenkasse:

☐ gesetzlich

Name der Versicherung _____

☐ privat

Name der Versicherung _____

☐ private Zusatzversicherung

Name der Versicherung _____

☐ beihilfeberechtigt

☐ sonstige

Auf wessen Empfehlung kommen Sie in unsere Praxis? _____

Weshalb kommen Sie zur Behandlung? _____

Wann und wo war Ihre letzte Zahnbehandlung? _____

Wann und wo wurden Ihre Zähne zum letzten Mal geröntgt? _____



Bitte Rückseite beachten

Fragen zu vorhandenen Krankheiten

Viele Erkrankungen können Auswirkungen auf eine oralchirurgische/kieferchirurgische Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig und gewissenhaft auszufüllen. Bei eventuellen Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Dieser Fragebogen wird Ihrer EDV-gestützten Karteikarte beigelegt. Die im Rahmen Ihrer Behandlung erhobenen Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht!

	Ja	Nein	Wenn ja, bitte näheres!
Blutet Ihr Zahnfleisch?	☐	☐	_____
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	☐	☐	_____
Sind evtl. Zähne locker?	☐	☐	_____
Waren Sie kürzlich oder sind Sie z.Zt. in ärztl. Behandlg.?	☐	☐	_____
Haben Sie häufig Kopf- und/oder Nackenschmerzen?	☐	☐	_____
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	☐	☐	_____
Besteht bei Ihnen z.Zt. eine Schwangerschaft?	☐	☐	_____
Hatten Sie Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente?	☐	☐	_____
Sind Unverträglichkeiten bekannt?	☐	☐	_____
Rauchen Sie? Wie viele Zigaretten/Zigarren/Pfeifen?	☐	☐	_____
Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?	☐	☐	_____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Herz- oder Kreislauferkrankungen?	☐	☐	_____
Ohnmachtsneigung?	☐	☐	_____
Blutkrankheiten/Blutungsneigung?	☐	☐	_____
Hepatitis/HIV?	☐	☐	_____
Allergien (z.B. Heuschnupfen, Asthma, evtl. Allergiepaß)?	☐	☐	_____
Diabetes/Zuckerkrankheit?	☐	☐	_____
Anfallsleiden/Epilepsie?	☐	☐	_____
Schilddrüsenerkrankungen?	☐	☐	_____
Sonstige Erkrankungen, wenn ja, welche?	☐	☐	_____

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt? Name _____ Telefon _____

Wer ist Ihr behandelnder Zahnarzt? Name _____ Telefon _____

Sollte im Rahmen Ihrer Behandlung eine Lokalanästhesie/Betäubung notwendig sein, beachten Sie bitte, dass eine Beeinträchtigung Ihrer Verkehrstauglichkeit möglich ist. Daher sollten Sie nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen!

Hinweise zur Organisation:

Die Praxis wird nach einem Terminsystem geführt. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit für Sie reserviert ist, denn gute Arbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. In der Regel entstehen daher nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorgesehene Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden können. Dafür bitten wir Sie um Ihr Verständnis. Erhalten Sie wegen eines Notfalles (z.B. Schmerzen) kurzfristig einen Termin, so müssen Sie ggf. mit Wartezeiten rechnen. Sollten Sie zu einem vereinbarten Termin verhindert sein, bitten wir Sie umgehend um eine Benachrichtigung, damit die Zeit anderweitig vergeben werden kann.

Im Rahmen Ihrer Behandlung erhobene Daten, Befunde, oder sonstige für Ihre Behandlung wichtige Informationen werden unter Berücksichtigung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) elektronisch in einer Patientenakte geführt. Sollte es für Ihren Heilungsprozess notwendig und medizinisch begründet sein, übermitteln wir medizinische Daten und Bildaufnahmen (z. B. Röntgenbilder) an mit- oder weiterbehandelnde Ärzte/Zahnärzte.

Wir möchten Sie bitten, Ihr Einverständnis zu diesem Verfahren mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen. Danke!

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten oder der Erziehungsberechtigten