

ANAMNESEBOGEN

Willkommen bei der Zahnkultur Berlin!

Wir freuen uns, Sie als Patient* bei uns begrüßen zu dürfen. Zu Beginn möchten wir Sie bitten, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Damit erhalten wir wichtige Informationen, die ggf. Auswirkungen auf Ihre zahnärztliche Behandlung haben. Bestimmte Daten benötigen wir zudem für einen reibungslosen Verwaltungsablauf sowie für zustimmungspflichtige Patientenservices.

Sämtliche Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den geltenden Datenschutzregelungen.

** Um den Lesefluss nicht zu beeinträchtigen wird hier und im Folgenden zwar jeweils nur die männliche Form genannt, stets aber die weibliche Form gleichermaßen mitgemeint.*

Patient

Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefonnummer

E-Mail

Zahlungspflichtiger (falls nicht Patient selbst, z. B. Erziehungsberechtigter oder Vormund)

Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefonnummer

E-Mail

Versicherung

Name des Kostenträgers (Krankenkasse oder Versicherung)

Ich bin privatversichert

Ich bin privat zusatzversichert

Ich bin standardtarifversichert gemäß § 25 Abs. 2a SGB V

ADLERSHOF

Dörpfeldstraße 46
12489 Berlin

Telefon:
(030) 565 905 00

MARZAHN

Helene-Weigel-Platz 2
12681 Berlin

Telefon
(030) 547 030 20

KARLSHORST

Treskowallee 112
10318 Berlin

Telefon
(030) 500 123 30

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- | | | |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma (schwere Atemnot) | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Leberkrankheiten | |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C (Gelbsucht) | |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) | |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | |
| <input type="checkbox"/> HIV-Infektion | ggf. seit wann? _____ | |

Allergische Reaktionen auf / Unverträglichkeit von Medikamenten/n bzw. Materialien

- ja nein

Wenn ja, welche? _____

Herzinfarkt

- ja, wann? _____ nein

Nehmen Sie Marcumar?

- ja nein

Schlaganfall

- ja, wann? _____ nein

Lähmungen

- ja, ggf. seit wann? _____ nein

Wie hoch ist Ihr Blutdruck?

- niedrig normal hoch

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

- ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- ja nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft?

- ja, SSW: _____ nein

Rauchen Sie?

- ja, Anzahl pro Tag: _____ nein

Sonstige Angaben oder Krankheiten?

Legen Sie Wert auf eine örtliche Betäubung?

- ja nein

Haben Sie einen Röntgenpass?

- ja nein

Sind Sie an einem Prophylaxeprogramm interessiert?

- ja nein

Haben Sie ein Bonusheft?

- ja nein

Wünschen Sie eine Terminerinnerung?

- ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass ich an meinen Termin per Post oder SMS erinnert werde (Recallsystem).**

- ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (freiwillige Angabe)

- Empfehlung von Familie/Freunden
- Google (o. a. Suchmaschine)
- Wohngegend (Praxisbeschilderung)
- Werbung (Plakate, Flyer etc.)
- Facebook
- Jameda
- etwas anderes, und zwar: _____

Berlin, den _____

Datum/Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten

(Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben.)

Datum/Unterschrift

** Ich bin damit einverstanden, dass ich in das Recallsystem aufgenommen werde und postalisch oder per SMS an meinen Termin erinnert werde!