



Patientenanamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns über das Vertrauen, das Sie uns entgegenbringen, und möchten Sie mit der bestmöglichen Vorsorge und zahnmedizinischen Sorgfalt behandeln. Um dies gewährleisten zu können, bitten wir Sie über die Angabe Ihrer Personalien hinaus auch um Informationen über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz! Sollten beim Ausfüllen Unklarheiten entstehen, fragen Sie unser Personal.

Familienname		Vorname		Geburtsdatum	
Vers. Mitglied Familienname		Vorname		Geburtsdatum	
Straße / Hausnummer		PLZ	Ort		
Telefon privat			Handy		
E-Mail			Name der Krankenkasse		
Beruf					
Arbeitgeber (freiwillig)			Telefon Arbeitsplatz (freiwillig)		

Ich möchte an die halbjährliche Kontrolluntersuchung erinnert werden. Ja Nein

Ich versichere die oben ausgefüllten Personalien ordnungsgemäß angegeben zu haben.

Wir sind immer bemüht, Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sein sollten, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherungen nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Die Höhe der Summe bemisst sich an Zeit und Aufwand der versäumten Behandlung, mind. aber 80 Euro.

Die privat zu berechnenden Leistungen werden jeweils zum Behandlungsende bzw. zum Monatsende in Rechnung gestellt.

Zu statistischen Zwecken möchten wir erfahren, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind.

Familie / Bekannte Internet Presse, welche? _____

Überweisung, durch wen? _____

Hiermit erkläre ich mich als Patient einverstanden, mit der Übermittlung von Schriftverkehr durch E-Mail über das Internet oder per SMS durch die Cendenta an mich bzw. an uns und Dritte. Die Erlaubnis wird aus Gründen der Vereinfachung und Beschleunigung unter Kenntnis der Risiken des Kommunikationsweges erteilt, ungeachtet, dass möglicherweise Beeinträchtigungen erfolgen können und Verschwiegenheitsverpflichtungen beeinträchtigt sein könnten.

Hiermit bestätige ich, soweit ich eine Fax-Nummer mitgeteilt habe, dass nur ich oder von mir beauftragte Personen Zugriff zu diesem Faxgerät bzw. Telefaxanschluss haben und ich meine Fax-Eingänge regelmäßig überprüfe.

Ich erkläre mich bis auf Widerruf damit einverstanden, dass mir die Cendenta ohne Einschränkung über meine E-Mail-Adresse, per Telefax oder per SMS Informationen zusendet.

Der Patient wird hiermit darüber informiert, dass der Cendenta anvertraute Daten des Kunden im gesetzlichen und im Rahmen des Auftrages mit Datenverarbeitungsanlagen erfasst, gespeichert und verarbeitet werden. Ich erkläre mit meiner Unterschrift mein Einverständnis und habe zudem die Patienteninformation zum Datenschutz erhalten.

Datum	Unterschrift
-------	--------------



Medikamente	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?
-------------	---

Leiden Sie unter:

Chronischer Erkrankung der Atemwege,
Husten, Asthma

Ja Nein

Ohnmachtsanfällen

Ja Nein

Osteoporose

Ja Nein

Allergien

Ja Nein

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Ja Nein

Wenn ja, welche Allergien?

Gegen folgende Materialien oder Medikamente besteht der Verdacht einer Überempfindlichkeit:

Herzerkrankungen

Ja Nein

Besitzen Sie einen Herzpass?

Ja Nein

Wenn ja, welche Herzerkrankungen?

Kreislaufkrankungen

Zu hoher Blutdruck

Ja Nein

Zu niedriger Blutdruck

Ja Nein

Stoffwechselerkrankungen

Diabetes

Ja Nein

Wenn ja

Typ 1

Typ 2

Schilddrüsen-Funktionsstörungen

Ja Nein

Magen-Darm-Erkrankungen

Ja

Nein

Erkrankungen des Nervensystems

Epileptiforme Anfälle

Ja Nein

Bluterkrankungen

Leukämie

Ja Nein

Blutungsneigung (Hämophilie)

Ja

Nein

Blutarmut (Anämie)

Ja

Nein

Infektionskrankheiten

Tuberkulose

Ja Nein

Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis, welche:)

Ja

Nein

Wurde bei Ihnen ein HIV-Test durchgeführt?

Ja Nein

Wenn ja, mit dem Ergebnis:

Positiv

Negativ

Sonstige Erkrankungen:

Sind Sie in orthopädischer Behandlung?

Ja

Nein

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?

Ja

Nein

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?

Ja

Nein

Liegt bei Ihnen eine Schwangerschaft vor?

Ja

Nein

Wenn ja, in welchem Monat:

Wir bieten die Behandlung für Sie auch in Hypnose oder Vollnarkose an. Interessieren Sie sich dafür?

Ja

Nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich Änderungen ergeben haben.

Datum

Unterschrift

Um Ihre Wartezeit bei uns zu verkürzen, bringen Sie den Anamnesebogen ausgefüllt bei Ihrem ersten Termin mit.