



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern!

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnärztlichen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien detaillierte Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand, weil es trotz aller Sorgfalt beim seltenen Zusammentreffen ungünstiger Umstände zu Komplikationen kommen kann. Um eine risikofreie Behandlung zu gewährleisten, bitten wir Sie, den umseitigen Fragebogen vollständig auszufüllen. Nehmen Sie sich bitte daher Zeit zum Lesen und Ausfüllen des Informations- und Anamnesebogens.

Sollten sich im Laufe der Behandlung Änderungen Ihres Gesundheitszustandes ergeben, bitten wir um Mitteilung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Keine Maßnahme ohne Risiko!

Ein Großteil der alltäglichen Behandlungsmaßnahmen wird heutzutage unter lokaler Schmerzausschaltung durchgeführt. Daher möchten wir Sie vorab von möglichen Komplikationen in Kenntnis setzen. In sehr seltenen Fällen kann es zu Unverträglichkeiten des Anästhetikums, zu Kreislaufkomplikationen oder zu einer Irritation der Nervenfasern kommen. Selbstverständlich werden Sie ausführlich über die bei Ihnen anstehende Maßnahmen und spezielle operative Eingriffe detailliert aufgeklärt.

Schmerz- und Beruhigungsmittel aber auch lokale Betäubungen ("Spritzen") können die Verkehrstüchtigkeit für mehrere Stunden herabsetzen. Bitte denken Sie im eigenen und im Interesse Ihrer Mitmenschen daran.

Hinweise zur Praxisorganisation

Wir sind bemüht, Ihnen Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine pünktlich einzuhalten oder, falls Sie verhindert sind, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei nicht rechtzeitig abgesagten Terminen, sind wir berechtigt eine Ausfallgebühr in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass es aber zu unvorhersehbaren Zeitverzögerungen durch nicht kalkulierbare Zwischen- und Schmerzfällen kommen kann. Auch bei Ihnen kann die Behandlung länger dauern als geplant.

Hinweis für Privatpatienten: Aufgrund interner Vertrags- und Versicherungsbestimmungen Ihrer privaten Krankenversicherung ist es möglich, dass die Rechnung nicht in vollem Umfang erstattet wird.

Bitte Bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie dieses gelesen und verstanden haben.

Datum

Unterschrift

Vorname und Name:

Geburtsdatum:

Adresse privat:

E-Mail Adresse:

Tel. -Nr. privat /Mobil:

Zusatzversicherung:

Anamnesebogen Zahnarztpraxis Christine Denden

Ärztliche Behandlung: Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Hausarzt/Facharzt: Name, Adresse und Telefonnummer: _____

Medikamente: Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Allergien: Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____
Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Herzerkrankungen: Herzschwäche (Insuffizienz)? ja nein
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? ja nein
Herzasthma, Angina pectoris? ja nein
Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? ja nein
Sonstiges? _____

Kreislaufkrankungen: Zu hoher Blutdruck? ja nein
Zu niedriger Blutdruck? ja nein
Zustand nach Herzinfarkt? ja nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? ja nein
Sonstiges? _____

Vegetative Erkrankungen: Ohnmachtsanfälle? ja nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ja nein
Sonstiges? _____

Stoffwechsel-Erkrankungen: Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein
Magen-Darmerkrankungen? ja nein
Schilddrüsenerkrankungen? ja nein
Sonstiges? _____

Erkrankungen des Nervensystems: Epileptiforme Anfälle? ja nein
Krämpfe? ja nein
Sonstiges: _____

Bluterkrankungen: Blutungsneigung (Hämophilie)? ja nein
Blutarmut (Anämie)? ja nein
Sonstiges: _____

Infektionserkrankungen: Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B)? ja nein
Tuberkulose? ja nein
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? ja nein
Wurde bei Ihnen ein Aids-test durchgeführt? ja nein
Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____
Sonstiges? _____

Weitere Angaben: Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? ja nein
Rauchen Sie? ja nein

Röntgen: Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt ja nein
Wenn ja, wo? _____
Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

Schwangerschaft: Wenn ja, in welchem Monat? _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Datum: _____

Unterschrift: _____