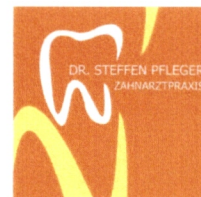


Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Steffen Pfleger

St.-Mauritius-Strasse 6, 96114 Hirschaid



Anmeldebogen mit Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein, um unnötige Risiken zu vermeiden. **Wir bitten Sie, die Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten.**

Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte sagen Sie vereinbarte Termine mind. 24h vorher ab, falls diese nicht eingehalten werden können. Anderenfalls behalten wir uns unabhängig von der Begründung des kurzfristigen Ausfalls vor, eine **Ausfallpauschale von 50 Euro privat in Rechnung zu stellen**. Mit Ihrer Unterschrift erkennen Sie die Vereinbarung an und erklären sich mit ihr einverstanden.

Adress-Angaben Patient

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Adresse _____
E-Mail _____
Telefon Privat _____
Handynummer _____
Beruf/ Arbeitgeber _____
Telefon Arbeit _____
Krankenkasse _____

Versicherter

(hauptversichertes Mitglied) Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind.

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Adresse _____

Zusatzversichert: ja ☐ nein ☐
Beihilfeberechtigt ja ☐ nein ☐

Vorbehandelnder Zahnarzt _____
Mein Hausarzt _____

Lokale zahnärztliche Anästhesie:

Der Aufklärungsbogen zur Lokalanästhesie wurde mir ausgehändigt. Ich willige in die Verabreichung von Betäubungsspritzen im Rahmen zahnärztlicher Behandlungen ein. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung bis zum Beginn einer einzelnen Behandlung widerrufen kann.

Hinweis: Bitte beachten Sie, dass nach der Gabe von Betäubungsspritzen und Medikamenten in der Praxis die Reaktionsfähigkeit vermindert sein kann. Unter Medikamenteneinfluss ist besondere Vorsicht beim Führen von Kraftfahrzeugen oder bei der Arbeit an Maschinen geboten.

Datenschutzvereinbarung und Schweigepflichtentbindung:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Behandlungsdaten in der Zahnarztpraxis Dr. Pfleger gespeichert und verarbeitet werden. Alle Mitarbeiter der Praxis haben Zugriff auf diese Daten. Die allgemeine Patienteninformation zum Datenschutz befindet sich im Wartebereich. Die Zahnarztpraxis Dr. Pfleger darf mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern und auch an diese übermitteln.

Dürfen Auskünfte über Ihre Person an von Ihnen genannte Angehörige erfolgen? Der / Die Angehörige (n) sind von Ihnen zu benennen. ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wer: _____

Bitte füllen Sie auch die Rückseite aus!

Ärztliche und zahnärztliche Anamnese:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja ☐ / nein ☐
Wenn ja welche, _____

Haben Sie Allergien? ja ☐ / nein ☐
Wenn ja welche, _____

Haben Sie einen Allergiepass? ja ☐ / nein ☐

Traten Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Behandlungen, Spritzen auf? ja ☐ / nein ☐

Bestanden oder bestehen bei Ihnen folgende Befunde / Beschwerden / Krankheiten:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Grüner Star	ja ☐ / nein ☐	Nervenerkrankung	ja ☐ / nein ☐
Schilddrüsenerkrankung	ja ☐ / nein ☐	Lebererkrankung / Gelbsucht	ja ☐ / nein ☐
Nierenerkrankung	ja ☐ / nein ☐	Diabetes Typ 1 ☐ Typ 2 ☐	ja ☐ / nein ☐
Hoher Blutdruck	ja ☐ / nein ☐	Dialyse	ja ☐ / nein ☐
Niedriger Blutdruck	ja ☐ / nein ☐	Anfallsleiden (Epilepsie)	ja ☐ / nein ☐

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose, AIDS u.a.) ja ☐ / nein ☐

Atemwegserkrankung (Asthma, Bronchitis, COPD) ja ☐ / nein ☐

Haben Sie ein künstliches Gelenk (z.B. Hüfte, Knie, Schulter)? Seit wann: _____ ja ☐ / nein ☐

Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie, Bisphosphonate) ja ☐ / nein ☐

Welche Art von Tumor? _____ Seit wann: _____

Herzerkrankungen: ja ☐ / nein ☐

Herzschrittmacher	☐	künstl. Herzklappe	☐
Bypassoperation	☐	Durchblutungsstörung	☐
Angina pectoris	☐	Herzrhythmusstörungen	☐
Schlaganfall	☐	Herzinfarkt	☐

Koronare Herzerkrankungen (Stent / Bypass) ☐

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein? (z.B. Ass, Marcumar, Xarelto) ja ☐ / nein ☐

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen, Bluterkrankheit? ja ☐ / nein ☐

Waren Sie vor kurzem oder sind Sie zurzeit noch in ärztlicher Behandlung? ja ☐ / nein ☐

Wenn ja, welche Fachrichtung (en)? _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja ☐ / nein ☐

Wenn ja, im _____ Monat

Sind Sie Raucher? ja ☐ / nein ☐

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, unseren Anhebungsbogen auszufüllen!

Hirschaid, den _____

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter