

Zahnärzte am Friedrichshain MS11

Olesya Spannheimer

Matthiasstraße 11 - 10249 Berlin
Telefon: 0177 639 77 51

Anmeldebogen mit Anamnese

Seite 1/2

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____

Geburtsort: _____
Tel. _____ Privat: _____
Fax. Nr. _____
Mobiltelefon: _____
Arbeitgeber, _____ Ort: _____
Beruf: _____
Tel. _____ Arbeitgeber: _____
Krankenkasse: _____
pflichtversichert: [] ja / [] nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?
Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
(gemäß neuer Röntgenverordnung)

Wer soll die Rechnung erhalten?
Name: _____
Adresse: _____
Tel. Privat: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? [] ja / [] nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung für zahnärztliche Leistungen [] ja / [] nein

Adresse Hausarzt (bitte bei gesundheitlichen Risiken angeben): _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? [] Internet [] Flyer sonstiges _____

Für Ihre optimale Therapieplanung bitten wir Sie folgende Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese) zu beantworten. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Allgemeine Anamnese, zutreffendes bitte ankreuzen [x]

Haben Sie einen Allergiepass? [] ja / [] nein
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? [] ja / [] nein, wenn ja welche Medikamente?

Haben Sie Asthma? _____
[] ja / [] nein, wenn ja welche Medikamente?

Besteht ein Anfallsleiden (Epilepsie)? _____
[] ja / [] nein, wenn ja welche Medikamente?

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen? _____
[] ja / [] nein, wenn ja welche Medikamente?

Haben Sie grünen Star? _____
[] ja / [] nein, wenn ja welche Medikamente?

Haben Sie eine Herz-/Kreislaferkrankung? _____
[] ja / [] nein, wenn ja welche Medikamente?

Haben Sie einen Herzschrittmacher
Herzklappenfehler/-ersatz _____
[] ja / [] nein, wenn ja welche Medikamente?

Hypertonie (erhöhter Blutdruck)? [] ja / [] nein, wenn ja welche Medikamente?

Hypotonie (niedriger Blutdruck)? [] ja / [] nein, wenn ja welche Medikamente?

Sind Sie HIV positiv? _____
[] ja / [] nein, wenn ja welche Medikamente?

Haben Sie Hepatitis ? _____
[] ja / [] nein, wenn ja welche Medikamente?
[] A [] B [] C

- Haben Sie Diabetes? ja / nein, wenn ja welche Medikamente? _____
- Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja / nein, wenn ja welche Medikamente? _____
- Haben Sie eine Magen-/Darm-/Leber- oder Nierenerkrankung? ja / nein, wenn ja welche Medikamente? _____
- Leiden Sie unter Migräne? ja / nein, wenn ja welche Medikamente? _____
- Haben Sie eine Tumorerkrankung? ja / nein, wenn ja welche Medikamente? _____
- Haben Sie Osteoporose? ja / nein, wenn ja welche Medikamente? _____
- Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? ja / nein, wenn ja in welcher Woche? _____
- Sind Sie Raucher? Wieviele Zigaretten tgl.? ja / nein, wenn ja seit _____ Jahren, Zigaretten pro Tag _____
- Sind Sie alkoholabhängig? ja / nein, wenn ja seit _____ Jahren,
- Sind Sie drogenabhängig? ja / nein, wenn ja welche Drogen? _____

Damit wir Sie und Ihre Wünsche besser kennen lernen können, möchten wir Sie bitten auch die letzten Fragen für uns zu beantworten. Vielen Dank

Spezielle Anamnese

- Kommen Sie zur Routineuntersuchung? ja / nein
- Wann war die letzte Routineuntersuchung? _____
- Haben Sie Zahnschmerzen? ja / nein
- Haben Sie Probleme mit Ihrem Zahnfleisch? ja / nein
- Leiden Sie unter Mundgeruch? ja / nein
- Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk? ja / nein
- Sonstige Gründe: _____

Bisherige Untersuchungen

- Fand eine Röntgenuntersuchung Ihres Kausystems statt? ja / nein
- Wenn ja welcher Bereich? _____, wann? _____
- Ist bei Ihnen eine Parodontosebehandlung durchgeführt worden? ja / nein
- falls ja, wo _____, wann? _____
- Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? ja / nein

Ich möchte von Ihnen an meinen regelmäßigen Durchsichtstermin (Recall) erinnert werden.

telefonisch SMS Mail _____@_____

Wir sind eine Bestellpraxis und versuchen die Wartezeiten bis zu Ihrer Behandlung so kurz wie möglich zu halten. Sollte es Ihnen nicht möglich sein, Ihren Termin einzuhalten, möchten wir Sie bitten, diesen mindestens 48 Stunden vorher abzusagen. Vielen Dank.

Bei wiederholtem Nichteinhalten des Termins behalten wir uns vor, Ihnen das Honorar pro Stunde beim Zahnarzt 150 Euro und für die Prophylaxe 100 Euro in Rechnung zu stellen. (Verweilgebühr)

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Ich bin mit der oben genannten Regelung einverstanden.

Unterschrift, Datum