



## Anamnesebogen

Zahnarzt Uwe Storch Bismarckstr.6 in 46047 Oberhausen

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, das heißt 24 Stunden vorher. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (akuten Schmerzen) zu uns, müssen Sie eventuell mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherter Patient müssen Sie uns bitte unbedingt die Versichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als freiwillig versicherter Patient haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Versichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gem. § 13 SGB V (Kostenerstattung).

### Patient:

Herr/Frau/Kind:

Name:

Vorname:

geboren:

Telefon:

Handy:

Anschrift:

PLZ / Wohnort:

E-Mail:

### Zahlungspflichtiger: (in der Regel der Patient selbst, bei Kindern der Erziehungsberechtigte)

Name:

Vorname:

Geboren:

Telefon:

Handy:

Anschrift:

PLZ/ Wohnort:

Name des Kostenträgers (Krankenkasse oder Versicherung): \_\_\_\_\_

- Ich bin pflichtversichert       Ich bin privat versichert       Ich bin nicht versichert
- Ich bin freiwillig versichert       Ich bin Standardtarifversichert
- Ich bin zuschussberechtigt (gemäß § 25 /Ab. 2a SGB V.) Sozialamt, Versorgungsamt
- Ich bin beihilfeberechtigt       Ich bin privat zusatzversichert

### Beruf des Zahlungspflichtigen

Schüler / Student/in:

Beruf: \_\_\_\_\_

### Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Persönliche Empfehlung       Internet       Sonstiges



## Anamnesebogen

Zahnarzt Uwe Storch Bismarckstr.6 in 46047 Oberhausen

### Was ist ihr Anliegen?

- Routinekontrolle    Schmerzbehandlung    Zahnersatz    Füllungstherapie    CMD  
 Akupunktur    Ästhetische Veränderungen    Prophylaxe    2. Meinung    Sonstiges

Für ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben auszufüllen, die selbstverständlich unter ärztlicher Schweigepflicht fallen.

Teilen Sie uns bitte künftige Änderungen Gesundheitszustand, Ihre Adresse sowie einen Versicherungswechsel mit.

### Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten?

Herz oder Kreislauf:  ja    nein

Herzinfarkt:  ja    nein

Herzschrittmacher  ja    nein

Schlaganfall:  ja    nein

Lähmungen: ja ggf. seit wann: \_\_\_\_\_

Lebererkrankung:  ja    nein

Asthma:  ja    nein

Tuberkulose:  ja    nein

Diabetes:  ja    nein

Rheuma:  ja    nein

Hepatitis:  ja    nein

Wenn ja, welcher Typ?  A    B    C

HIV – Infektion:  ja    nein

Tuberkulose:  ja    nein

Bluterkrankung:  ja    nein

Blutgerinnungsstörungen:  ja    nein

Epilepsie:  ja    nein

Schilddrüsenerkrankung:  ja    nein

Wenn ja ggf. seit wann \_\_\_\_\_

ADHS

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

### Allergische Reaktion / Unverträglichkeit gegen Medikamenten bzw. Materialien:

ja    nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Wie ist ihr Blutdruck?

Niedrig    normal    hoch

ggf. Werte: \_\_\_\_\_

### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Herzmedikamente

Cortison

Schmerzmittel

blutverdünnende Medikamente

z.B. ASS, Marcumar \_\_\_\_\_

Antidepressiva

Cortison

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Besteht eine Schwangerschaft?

ja    nein

wenn ja, in welcher SSW:

### Rauchen Sie?

ja    nein

### Nehmen Sie Drogen?

ja    nein   Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Knirschen Sie mit den Zähnen?  Ja    nein

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?  ja    nein

Möchten Sie an ihren nächsten Kontrolltermin / Prophylaxe erinnert werden?  ja    nein

Wenn ja, wie?  Telefonisch    per Post    per E-Mail



## Anamnesebogen

Zahnarzt Uwe Storch Bismarckstr.6 in 46047 Oberhausen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner oben genannten Angaben.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_