



lothar.jansen

sanfte zahnheilkunde

anspruchsvoll · innovativ · sicher

Anamnesebogen

Bevor wir uns gemeinsam über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Nachname: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Ort, PLZ: _____ Straße/ Hausnummer: _____

Krankenkasse/Versicherung: _____ + Zusatzversicherung Beihilfe Basistarif

Damit wir Sie bei einer Terminverschiebung umgehend anrufen können, bitten wir um die Telefonnummern, unter denen Sie erreichbar sind:

_____ Hausanschluss _____ Mobiltelefon _____ E- Mail

Beruf/ Arbeitgeber: _____ Telefon Arbeit: _____

VERSICHERTER / MITGLIED

(falls Sie über eine andere Person, z.B. Mutter, Vater oder Ehefrau, -mann versichert sind)

Name: _____ Vorname: _____ geboren am: _____

Adresse: _____ Ort mit PLZ.: _____

Telefonnummer: _____

ALLGEMEINE MEDIZINISCHE ANAMNESE

Mein/e Hausarzt/-ärztin ist: _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein? _____

Welche Allergien haben Sie? _____

Haben Sie eine Erkrankung des Herzens? ja nein

Haben Sie eine Atemwegserkrankung? ja nein

Haben Sie eine verzögerte Blutgerinnung (Blutgerinnungsstörung)? ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein

Leiden Sie an einer Blutzuckererkrankung (Diabetes)? ja nein

Haben Sie eine Infektionskrankheit (HIV, Hepatitis, Tuberkulose oder andere)? ja nein

Leiden Sie an einer Nieren- oder Lebererkrankung? ja nein

Ist Ihr Magen- und Darmtrakt erkrankt? ja nein

Haben Sie eine Störung der Schilddrüsenfunktion? ja nein

Welche sonstigen Erkrankungen haben Sie? _____

Haben Sie künstliche Gelenke? Wenn ja, wann wurden Sie operiert? _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein

Rauchen Sie? ja ca. _____ täglich nein

Nehmen Sie Drogen? ja nein

ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? _____

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? ja nein

Knirschen oder pressen Sie nachts mit den Zähnen? ja nein

Knackt Ihr Kiefergelenk? ja nein

Blutet Ihr Zahnfleisch häufiger? ja nein

Schnarchen Sie? ja nein

Haben Sie oft Kopf - und Nackenschmerzen? ja nein

Waren Sie schon einmal in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Leiden Sie an Mundgeruch? ja nein

Wurden bei Ihnen eine Parodontosebehandlung durchgeführt? Wenn ja, wann: _____

RECALLSERVICE

Zu unserem Service gehört es, unsere Patienten in unseren kostenlosen Recall aufzunehmen. Das bedeutet, dass wir Sie auf Wunsch per Post an den nächsten Kontrolltermin erinnern.

Ich möchte erinnert werden.

Bitte beraten Sie mich zu den Themen:

Weiße Zähne

Prophylaxe (professionelle Zahnreinigung)

Implantate

Kiefergelenk

Sonstiges: _____

Freiwillige Angaben:

So bin ich auf Ihre Praxis aufmerksam geworden (Empfehlung durch Zahnärztekammer als Spezialist, Empfehlung durch Bekannte, Freunde, Familie, Internet, ...):

WICHTIGE HINWEISE

- Amalgam wird laut EU-Kommission ab dem 01.01.2025 verboten. Wir verwenden bereits kein Amalgam mehr.
- Medikamente und Betäubungsspritzen können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.
- **Sie kommen zur Zahnarztbehandlung in eine Praxis, die nach Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel die andernorts vielfach üblichen Wartezeiten erspart bleiben. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie die vereinbarten Termine nicht einhalten können, diese spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten. So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt oder eingehalten wird.**

Gemäß dieser Vereinbarung erlauben wir uns, Ihnen bei nicht fristgerechter Absage, die versäumte Zeit in Rechnung zu stellen.

Unsere Zahnarztpraxis bietet anspruchsvolle Zahnmedizin auf höchstem Niveau. Dazu gehören sanfte, innovative Behandlungsmethoden, die Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm und sicher wie möglich machen. Durch unser dokumentiertes und überwachtetes Qualitätsmanagement-System nach DIN EN ISO 9001:2008 strebt unsere Praxis nach ständiger Verbesserung und Erfüllung der Patientenzufriedenheit. Wir sind stolz darauf Referenz-Praxis der Firma dental-qm zu sein; dental-qm ist wahrscheinlich das renomierteste Unternehmen im Bereich Qualitätsmanagement beim Zahnarzt.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und in unserer EDV erfasst. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Entgegen Art 17 DSGVO löschen wir Patientendaten der Dokumentation und Kontrolle des Behandlungsverlaufes nur auf Ihr ausdrückliches Verlangen unter Berücksichtigung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum: _____

Unterschrift: _____