

Anamnesebogen für Erwachsene ab 18 Jahren

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Name _____ Vorname _____ geb. _____
 Straße _____ Ort _____ PLZ _____
 Telefonnummer (mobil / Pflichtangabe) _____
 E-Mail (Pflichtangabe) _____
 Beruf _____ Arbeitgeber _____

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Name _____ Vorname _____ geb. _____
 Straße _____ Wohnort _____ PLZ _____
 mitversichert bei _____
 Krankenkasse _____ Hausarzt (Name, Ort) _____
☐ Zusatzversicherung _____ ☐ Beihilfe _____
☐ Ich habe einen „Gesetzlichen Betreuer“ der bei der Behandlung mitentscheidet

Empfohlen durch

☐ Arzt ☐ Bekannte ☐ Internet ☐ Sonstiges _____

Allgemeine und zahnärztliche Anamnese

Warum suchen Sie uns auf?

☐ Routinekontrolle ☐ Schmerzen ☐ Zahnreinigung ☐ Implantate
☐ Schnarchen ☐ Ästhetik verbessern ☐ gesünderes Zahnfleisch ☐ Kieferorthopädie (Invisalign)
☐ Sonstiges _____

Nehmen Sie

☐ Herzmedikamente ☐ Cortison (Kortikoide) ☐ Antidepressiva
☐ Bisphosphonate (bein Osteoporose, Tumoren) (Bonviva, Fosamax, Actonel, Skelid, Ostac, Bonefos, Didronel, Disphos) ☐ Blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, ASS
☐ Sonstiges _____



Gesundheitssituation

- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Blutgerinnungsstörung _____
- ☐ Herzerkrankungsstörung / Schlaganfall: _____
- ☐ Allergien / wenn ja, welche? _____
- ☐ HIV / Hepatitis / Tuberkulose
- ☐ Diabetis / Wie hoch ist Ihre HbA1c - Wert? _____
(Der HbA1c erlaubt einen Rückschluss auf die Qualität der Blutzuckereinstellung in den letzten acht bis zwölf Wochen. Wir schätzen damit ihr persönliches Risiko für das zukünftige Fortschreiten der Parodontitis ein)
- ☐ Sonstiges _____

Sind Sie Raucher? ☐ Ja ☐ Nein

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ☐ Ja ☐ Nein

Elektronische Patientenakte

Ich willige ausdrücklich ein, dass die Zahnarztpraxis Einsicht in meine elektronische Patientenakte (ePA) nehmen und behandlungsbezogene Daten darin einstellen darf. Die Verarbeitung meiner Daten erfolgt auf Grundlage meiner Einwilligung gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie der einschlägigen sozialrechtlichen Bestimmungen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

☐ Ja ☐ Nein

KI gestützte Anwendungen

In unserer Praxis kommen unterstützende KI-Systeme u. a. in der Röntgendiagnostik, der Aufklärungsdokumentation, der Terminorganisation und der Therapieplanung zum Einsatz. Es werden ausschließlich KI-Tools verwendet, die den Anforderungen des europäischen EU-AI-Acts entsprechen.

Die ärztliche Entscheidungshoheit und Kontrolle verbleiben jederzeit vollständig und nachvollziehbar bei den behandelnden Zahnärztinnen und Zahnärzten.

☐ Ja, ich bin einverstanden ☐ Nein, ich bin nicht einverstanden

Honorar & Abrechnung

Die Honorarabrechnung erfolgt auf Grundlage der jeweiligen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Fehlende oder gekürzte Kostenerstattungen durch Versicherungen oder Beihilfestellen ändern daher nichts an dem gemäß der GOZ festgelegten Honorar. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden, auch bei fehlenden oder gekürzten Kostenerstattungen durch die Versicherung oder Beihilfestelle die von uns in Rechnung gestellten Positionen vollständig zu bezahlen.

Einverständniserklärung

Unsere Praxis arbeitet mit einem Bestellsystem, das bedeutet, dass wir den vereinbarten Termin für Ihr Kind reservieren. Wenn Sie diesen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, ihn mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen. Andernfalls berechnen wir für die nicht genutzte Zeit von Arzt, Personal und Behandlungsraum einen Pauschalbetrag von 50,-€.

☐ Ich habe den Anmeldebogen aufmerksam gelesen, verstanden und bestätige mit meiner Unterschrift mein Einverständnis.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Zahlungspflichtiger / Gesetzl. Betreuer

