



ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Zusätzlich nehmen wir die Bestimmungen der Europäischen Datenschutzverordnung (DSGVO) sehr ernst. Sollte Ihnen etwas unklar sein, wenden Sie sich bitte an uns, wir helfen Ihnen gerne.

PATIENTENDATEN

Freiwillige Angaben sind mit * gekennzeichnet

Patienten-Name _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon Privat* _____

Telefon Arbeit* _____

Beruf* _____

E-Mail* _____

Hausarzt _____

VERSICHERTENDATEN

(Sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Versicherter _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

ANGABEN ZUR VERSICHERUNG

Krankenversicherung gesetzlich privat

Name der Versicherung _____

Zahnzusatzversicherung vorhanden ja nein

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

JA NEIN

1 Bluterkrankungen JA NEIN

2 Blutgerinnungsstörungen JA NEIN

3 Infektionskrankheiten JA NEIN

3.1 HIV-Infektion JA NEIN

3.2 TBC / Tuberkulose JA NEIN

3.3 Lebererkrankung JA NEIN

3.4 Hepatitis A, B, C (Gelbsucht) JA NEIN

4 Allergien (Wenn ja, welche?) JA NEIN

4.1 Haben Sie einen Allergiepass? JA NEIN

5 Grüner Star / Glaukom JA NEIN

6 Osteoporose JA NEIN

7 Leiden Sie an Herz-Kreislauf-Erkrankungen? JA NEIN

Herzklappenfehler Herzklappenersatz

Endokarditis Herzschrittmacher

Herzinfarkt Stent

Wenn Sie mit ja antworten,

bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen

JA NEIN

8 Benötigen Sie vor der Behandlung eine Endokarditisprophylaxe? JA NEIN

9 Wie ist Ihr Blutdruck? niedrig normal hoch

10 Zuckerkrankheit (Diabetes) JA NEIN
(Wenn ja, welcher Typ?) _____

11 Psychische Erkrankungen / Angststörungen JA NEIN

12 Schlaganfall JA NEIN

13 Anfallsleiden (Epilepsie) JA NEIN

14 Rheuma JA NEIN

15 Schilddrüsenerkrankung JA NEIN

16 Asthma JA NEIN

17 Nierenerkrankungen oder -anomalien JA NEIN

18 Andere Erkrankungen (Welche?) JA NEIN

Bitte wenden ►





ANAMNESEBOGEN

DR. PAVEL WEINSTEIN
ZAHNARZTPRAXIS

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?	JA	NEIN	Wenn Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen	JA	NEIN
19 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	24 Stört Sie Ihre Zahnstellung oder- farbe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Herz / Kreislauf			25 Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Blutverdünnende Medikamente			<input type="radio"/> Routinekontrolle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> neuen Zahnersatz
<input type="radio"/> Schmerzmittel			<input type="radio"/> Beratung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> „zweite Meinung“
<input type="radio"/> Bisphosphonate (z.B.bei Osteoporose)			<input type="radio"/> Schmerzbehandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> andere Gründe
<input type="radio"/> Cortison					
<input type="radio"/> andere _____			26 Hatten Sie schon einmal Kreislaufstörungen oder andere Reaktionen nach einer Betäubung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____			27 Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> persönliche Empfehlung		
(Wenn ja, wie viel?) _____			<input type="radio"/> Internet / Homepage		
21 Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> sonstiges: _____		
<input type="radio"/> unsicher			28 Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorge- / Kontrolltermin erinnert werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?) _____			(Dieser Service ist für Sie kostenfrei und kann jederzeit widerrufen werden.)		
22 Haben Sie häufig Kopfschmerzen oder Verspannungen im Kiefer- oder Gesichtsbereich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
23 Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Wenn ja, wie stark? (wenig=1, stark=5)					
<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5					

Anästhesie-Aufklärung

Bei einer örtlichen Betäubung (Leitungsanästhesie oder Infiltrationsanästhesie) können folgende Risiken auftreten: Gefäßreizung, Bluterguss, allergische Reaktionen, Krämpfe, Nervenschäden (auch dauerhaft), Zahnfleischschädigung. Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit nach einer Betäubung oder Injektion beeinträchtigt sein kann.

Einwilligungen:

- Ich bin mit einer eventuellen Fotodokumentation einverstanden.
- Ich stimme bei Bedarf der Weitergabe meiner Daten an Vor-, Mit- und Nachbehandler (z.B. Kieferchirurgen, Kieferorthopäden, Hausärzte, Physiotherapeuten, usw.) ausdrücklich zu. Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen.

Ich habe diese Aufklärung gelesen und verstanden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und gebe mein Einverständnis zur Speicherung meiner Daten.

Die Einwilligungen können jederzeit ganz oder teilweise und ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich oder durch E-Mail widerrufen werden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung. Für andere als die genannten Zwecke darf die Zahnarztpraxis meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten oder nutzen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. diese min. 48 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass die Praxis nach dem Bestellsystem geführt wird und nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ort / Datum

Unterschrift



Dr. Pavel Weinstein, M.A
Zahnarzt

Bahnhofstraße 40
A-6800 Feldkirch

TEL +43 (0)5522 32493
FAX +43 (0)5522 83339

ordination@zahnarzt-weinstein.at
www.zahnarzt-weinstein.at