

# Anmeldeformular mit Anamnese



DR. ALEXANDER  
BREUER &  
PARTNER  
ZAHNÄRZTE

Patient/in  Vorname/Name  geb.

Mitglied/Versicherter  Vorname/Name  geb.

Straße/PLZ/Ort

Telefon oder mobil

Email

Beruf  Arbeitgeber

Krankenkasse  beihilfeberechtigt  zusätzlich versichert  freiwillig versichert

Liegt ein Pflegegrad vor? Ja  Nein

## Allgemeiner Gesundheitszustand

Blutdruck  niedrig  normal  hoch

Leiden Sie an Herzerkrankungen oder Herzrhythmusstörungen?  Ja  Nein

Hat Ihnen Ihr Kardiologe eine Endokarditisprophylaxe empfohlen?  Ja  Nein

Nehmen Sie Blutverdünner wie Marcumar, ASS, Pradaxa, Xarelto oder Eliquis ein?  Ja  Nein

Ist ein Herzschrittmacher vorhanden?  Ja  Nein

Haben Sie manchmal Atemnot oder Brustschmerzen?  Ja  Nein

Leiden Sie an Infektionskrankheiten wie Hepatitis, TBC, HIV oder der Kreuzfeldt-Jakob-Krankheit?  Ja  Nein

Sind Schilddrüsenerkrankungen vorhanden?  Ja  Nein

Gibt es Augenerkrankungen wie grauer/grüner Star, erhöhter Augeninnendruck oder Glukom?  Ja  Nein

Nehmen Sie Medikamente ein? Falls ja, welche?  Ja  Nein

Rauchen Sie? Wenn ja wieviele am Tag? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Gibt es eine Medikamentenallergie (z. B. Penicilline)  Ja  Nein

Leiden Sie an Diabetis?  Ja  Nein

Nehmen/nahmen Sie Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie Osteoporose (z. B. Biphosphonate)?  Ja  Nein

Reagieren Sie empfindlich auf irgendwelche Substanzen/Arzneien?  Ja  Nein

Hatten/haben Sie ein Leberleiden?  Ja  Nein

Sind Sie schwanger?  Ja  Nein  Vielleicht

Leiden Sie an einer Krebserkrankung? Falls ja, welche: \_\_\_\_\_  Ja  Nein

## Zahnmedizinischer Zustand

Leiden Sie an Zahnfleischbluten?  Ja  Nein

Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Zahnfleisch zurückgegangen ist?  Ja  Nein

Nehmen Sie Geräusche im Kiefergelenk wahr?  Ja  Nein

Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden? Kurz gesagt, mit Ihrem Lächeln?  Ja  Nein

Schmerzen im Nacken oder am Kopf  Ja  Nein

Haben Sie Interesse an einer Vorsorge gegen Karies und Zahnfleischrückgang?  Ja  Nein

Existieren Zahn-/Kiefer-Röntgenbilder eines jüngeren Datums?  Ja  Nein

**Bitte umblättern!**

Haben Sie Angst vor einer Zahnarztbehandlung?  Nein, gar nicht.  Ein wenig.  Ja, leider schon.

Welches besondere Anliegen führt Sie zu uns? \_\_\_\_\_

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen? \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt? (Name und Anschrift) \_\_\_\_\_

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen. Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die gesamte Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie zu einem Termin nicht erscheinen können, bitten wir Sie uns rechtzeitig (idealerweise 48 Std. vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligen Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten dürfen und können nach § 615 BGB und § 287 ZPO berechnet werden.

- Ich bin heute zur zahnärztlichen Behandlung in der Praxis Dr. Breuer & Partner erschienen. Einer Einsichtnahme in meine durch Herrn Dr. Kapaun geführten Praxisunterlagen durch Herrn Dr. Breuer stimme ich zu.
- Mir ist bekannt, dass die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ in der Praxis einsehbar sind.
- Wir sind damit einverstanden, dass zur diagnostischen Zwecken (z. B. bei Initialkaries) Röntgenaufnahmen unseres Kindes angefertigt werden. Das gilt auch für Zahnarztbesuche, die durch minderjährige Jugendliche alleine erfolgen.
- Ja                       Nein
- Mir ist bekannt, dass Termine extra für mich freigehalten werden und dass es deshalb aus organisatorischen Gründen notwendig ist, dass ich für den Fall einer Verhinderung rechtzeitig - d. h. spätestens 2 Tage telefonisch vor dem Termin - absage, damit noch die Möglichkeit besteht „Ersatzpatienten“ einzubestellen. Sollte ich dennoch nicht rechtzeitig absagen, ist mir bekannt, dass mir die Kosten für die im Termin vereinbarte Behandlung in Rechnung gestellt werden können, wobei das anzurechnen ist, was infolge des Unterbleibens der Behandlung erspart wurde oder durch Behandlung anderer Patienten erworben wurde. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage. Die Krankenkassen übernehmen Ausfallhonorare nicht.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter) \_\_\_\_\_

## Einwilligung für unser Recall-System

Patient/in \_\_\_\_\_ Vorname/Name \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Mitglied/Versicherter \_\_\_\_\_ Vorname/Name \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Straße/PLZ/Ort

Liebe Patientin, lieber Patient,

wenn Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice haben, darf ich Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Bei offenen Fragen wenden Sie sich bitte an mich oder meine Mitarbeiterinnen. Wir antworten Ihnen gern.

### Erklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass mein Daten für den Recall-Service verwendet werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

SMS: \_\_\_\_\_

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

Hinweis: Momentan steht der Service nur für den **SMS-Versand** zur Verfügung. Wir möchten Sie aber bitten, uns Ihre E-Mailadresse für eine evtl. spätere Umstellung ebenfalls schon heute mitzuteilen. Vielen Dank.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter) \_\_\_\_\_