

Anamnesebogen

Zahnarztpraxis Thomas Stefan - Bahnhofstr. 83 - 29556 Suderburg – Telefon 05826/332

Erklärung zur Entbindung der Schweigepflicht

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Hiermit entbinde ich Herrn Thomas Stefan von seiner Schweigepflicht für die Weitergabe von Unterlagen und/oder Röntgenbilder, z.B. an den Kieferchirurgen/Hals-Nasen-Ohrenarzt/Gutachter/Zusatzversicherung/Krankenkasse/an den weiterbehandelnden Zahnarzt.

Die Weitergabe von Zahnmodellen, z.B. für Reparaturen oder die Neuanfertigung von Zahnersatz, an den Zahntechniker. Telefonate mit dem Hausarzt/Facharzt, um ggf. Behandlungen abzusprechen, zwecks Blutverdünnung/Allergien o.Ä.

Hiermit entbinde ich meine Krankenkasse

_____,
(Name der Krankenkasse)

der Schweigepflicht gegenüber meinem Zahnarzt, Herrn Thomas Stefan in Suderburg.
Nur im Falle von Unklarheiten eines Heil- und Kostenplanes. (Antrag eines Zahnersatzes)

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen kann.

Datum, Unterschrift

Anamnesebogen

Zahnarztpraxis Thomas Stefan - Bahnhofstr. 83 - 29556 Suderburg – Telefon 05826/332

Name/Vorname _____

Anschrift _____

Geburtsstag: _____ Geburtsort: _____

Telefonnummer _____

Hausarzt _____

Dieser Fragebogen bleibt in der Praxis und wird nicht weitergereicht (Krankenkasse o.ä.) und einmal jährlich neu abgefragt, bzw. muss ausgefüllt werden.

Besteht eine Schwangerschaft Ja O Nein O

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung Ja O Nein O

Leiden Sie unter schlecht heilenden Wunden? Ja O Nein O

Leiden Sie an längeren Blutungen nach Verletzungen? Ja O Nein O

Knirschen Sie? Ja O Nein O

Haben Sie Kiefergelenkbeschwerden? Ja O Nein O

Niedriger Blutdruck Ja O Nein O

Hoher Blutdruck Ja O Nein O

Herzschrittmacher? wann: _____ Ja O Nein O

Schlaganfall? wann: _____ Ja O Nein O

Gerinnungsstörung? Ja O Nein O

Herzinfarkt? wann: _____ Ja O Nein O

Bypass o. Stent? wann: _____ Ja O Nein O

Asthma Ja O Nein O

Diabetes? Wenn ja, welcher Typ? _____ Ja O Nein O

Glaukom (grüner Star) Ja O Nein O

Epilepsie Ja O Nein O

Osteoporose Ja O Nein O

Tumorleiden

Wenn ja, welche? _____ Ja O Nein O

Chemotherapie Ja O Nein O

Bestrahlung Ja O Nein O

Hatten Sie in den letzten 12 Mon. Operationen Ja O Nein O

Wenn ja, an welcher Körperregion: _____

Infektionskrankheiten

HIV Ja O Nein O

Hepatitis (A,B,C) Ja O Nein O

Tuberkulose Ja O Nein O

Krankenhauskeim, bzw. multiresistente Keime Ja O Nein O

Wenn ja, welchen? _____

Haben Sie sonstige Erkrankungen Ja O Nein O

Wenn ja, welche? _____

Besitzen Sie eine aktuelle Medikamentenliste? Ja O Nein O
(Bitte tragen Sie immer eine aktuelle Liste bei sich.)

Bitte zum Kopieren an der Anmeldung abgeben!

Nehmen Sie sonstige Medikamente ein? Ja O Nein O

Wenn ja, welche? _____

Blutgerinnungshemmer z.B. ASS, Marcumar Ja O Nein O

Wenn ja, welchen? _____

Bei Marcumar: Quick/INR? _____

Bekommen oder bekamen Sie jemals eine

Bisphosphonattherapie? Osteoporose/Tumor? Ja O Nein O

Rauchen Sie? Wie viele pro Tag? _____ Ja O Nein O

Trinken Sie täglich Alkohol? Ja O Nein O

Haben Sie einen Allergiepass? Ja O Nein O

Sind Sie gegen bestimmte Substanzen allergisch
(z.B. Jod, Nickel)? Ja O Nein O

Wenn ja, welche Allergien? _____

Sind jemals Unverträglichkeiten gegen Spritzen/ Latex/
Medikamente beim Zahnarzt aufgetreten? Ja O Nein O

Wenn ja, welche? _____

Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, sagen Sie ihn bitte so früh wie möglich ab, sonst müssen wir Ihnen die Behandlungskosten von 40 € leider in Rechnung stellen.

Ich versichere, dass ich alle Angaben entsprechend meinem Informationsstand gemacht habe. (Medikamente/Erkrankungen)

Bitte Wenden →

Datum, Unterschrift _____