

Anamnese-Fragbogen

Titel _____ Name _____ Vorname _____
geb. am _____ Vers.-Nr. _____ Krankenkasse _____
Zusatz-Vers. _____ m w
Versicherte(r): _____
Anschrift _____ PLZ _____ Ort _____
Tel. _____ Email _____
Beruf _____ Beschäftigt bei _____
Empfohlen von _____

Nur ausfüllen, wenn..

- Gesetzlicher Vertreter (Patient minderjährig/pflegebefohlen)
- Haftungsübernahme als Bürge/Zahler für den Patienten

Titel _____ Name _____ Vorname _____
Anschrift _____
PLZ _____ Ort _____
Tel.: _____ Email _____

Die Angaben dienen ausschließlich Ihrer Behandlung. Deshalb bitten wir Sie auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Daten mitzuteilen. Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte nennen Sie uns den Grund Ihres Besuches:

- Kontrolle Prophylaxe Zahnästhetik Sanierung
- Parodontalberatung Endodontie Implantate Notfallbehandlung
- Bleaching Überweisung Zahnarzt Sonstiges _____

Letzter Zahnarztbesuch am _____ Grund des Besuches _____

Ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen, Medikamente oder Zahnmaterialien? Ja Nein

Welche Röntgenbilder (Kiefer-Bereich) wurden in letzten 12 Monaten gemacht? _____

Hatten Sie jemals...

- Kieferregulierung
- Einschleifbehandlung
- Operation im Kiefer-Gesicht-Bereich
- Nein

Haben Sie Beschwerden bzgl.

- Zahnfleisch
- Kaufähigkeit
- Kiefer-/Nasennebenhöhle
- Kiefergelenk
- Nein

Sind Sie Zufrieden mit

Stellung Ja Nein

Farbe Ja Nein

Form Ja Nein

Ihrer Zähne

Anamnese-Fragbogen

Erkrankungen <input type="checkbox"/> Herz- Kreislauferkrankungen Welche? _____ <input type="checkbox"/> Herz-Schrittmacher <input type="checkbox"/> Störungen der Blutgerinnung <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/> Immunerkrankungen (z.B. HIV) <input type="checkbox"/> Wundheilungsstörungen <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) <input type="checkbox"/> Knochenmarks-Erkrankungen <input type="checkbox"/> Bestrahlungen Kieferknochen <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen <input type="checkbox"/> Parodontalbehandlung <input type="checkbox"/> Drogenabhängigkeit <input type="checkbox"/> Asthma/Lungenkrankheit	Erkrankungen <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Depressionen/Psychosen <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Schwerer Unfall mit Bewusstlosigkeit <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> Strahlentherapie <input type="checkbox"/> Chemotherapie	Nehmen Sie Medikamente <input type="checkbox"/> zur Blutverdünnung <input type="checkbox"/> gegen Krebs <input type="checkbox"/> gegen Osteoporose <input type="checkbox"/> generell: _____ <input type="checkbox"/> zurzeit: _____ <input type="checkbox"/> Keine
		Rauchen Sie <input type="checkbox"/> Ja, Wie viel? _____ Seit _____ <input type="checkbox"/> Nicht mehr; Seit _____ <input type="checkbox"/> Nein, nie geraucht
		Für Patientinnen - Schwanger: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja; Monat: _____

- Ich bin informiert, dass die Ordination Updent - Dr. Karl Schwaninger & Konsiliarärzte eine Privatordination ohne Kassenvertrag ist.
- Ich erteile mein ausdrückliches Einverständnis, dass im Falle einer medizinisch indizierten Zweckmäßigkeit von Dr. Karl Schwaninger oder einem der anderen in dieser Ordination tätigen Ärzte medizinische Befunde (inkl. Röntgen, u.ä) betreffend den Patienten von dritten Stellen angefordert werden dürfen.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass die Ordination sich vorbehält, im Falle der nicht rechtzeitig (min. 48 Std. vorher) erfolgten Absage von bereits vereinbarten Terminen, ohne besonderen Grund die durch die Ausfallszeit entstehenden Kosten in Rechnung zustellen.
- Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass meine Straßenverkehrstüchtigkeit unter dem Einfluss von Injektionen sowie Medikamenten, die vor oder während der Behandlung verabreicht werden, bis zu 4-6 Stunden nach der Behandlung beeinträchtigt sein kann.
- Ich erkläre mein Einverständnis, dass die im Zuge der Behandlung gewonnenen Daten für wissenschaftliche Forschung und Vorträge (anonymisiert) verwendet werden dürfen.
- Als Gerichtsstand wird das Bezirksgericht Josefstadt vereinbart.
- Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der obigen Angaben.

Datum _____ Unterschrift _____