



KIRCHBERG KLINIK®

MVZ Medizinisches Versorgungszentrum

Kirchberg Klinik Medizinisches Versorgungszentrum

Dr. Keiner, Dr. Heiß & Kollegen
Rennweg 68 - 56626 Andernach

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin!

Sehr geehrter Patient!

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum, Ort: _____

Adresse / Wohnort: _____

Tel. Privat: _____ Handy / E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ Pflichtversichert: ja nein

Beruf: _____ Arbeitgeber / Tel.: _____

Wenn Sie nicht Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist der Versicherte?

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

ja nein

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes:

Nähere Bezeichnung: _____

Hausarzt /Ort: _____

Vorbehandelnder Zahnarzt /Ort,Tel: _____

1. Sind Sie in ständiger ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, warum? _____

2. Haben Sie zu hohen Blutdruck?

Wenn ja, welchen Wert: _____

3. Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?

ja nein

4. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?

- Herzklappenfehler / künstliche Herzklappen

- Herzoperation, wenn ja welche, wann?

- Endokarditis (Herzbeutelentzündung):

- Angina Pectoris (Herzschmerzen):

- Herzinfarkt, wenn ja wann:

- Herzrhythmusstörungen oder Herzrasen:

5. Besitzen Sie einen Herzpass?

6. Hatten Sie Operationen im Kopf-, Brust-, Bauchbereich?

Wenn ja, welche und wann? _____

7. Haben oder hatten Sie eine der nachstehenden Erkrankungen wie z.B.

- Schilddrüsenerkrankung: Über- oder Unterfunktion

- Asthma

- Lungenerkrankung

- Lebererkrankung

- Magen-Darmerkrankung

- Nierenerkrankung

- Zuckererkrankung (Diabetes)

- Grüner Star

- Erkrankung des Blutes (z.B. Blutgerinnungsstörung)

- leiden Sie an längeren Blutungen, z.B. nach Schnittverletzungen oder Zahnextraktionen?

- Rheuma / rheumatisches Fieber

- Nervenerkrankung

- Anfallsleiden (Epilepsie)

- Schlaganfall

- Tumorleiden

- Ansteckende Krankheiten (Hepatitis A, B, C; TBC; HIV; andere)

- Osteoporose

8. Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

- wenn ja, welche Woche?

9. Nehmen Sie ständig Medikamente / Bisphosphonate?

- wenn ja, welche: _____

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | ja | nein |
| 10. Nehmen Sie Medikamente zur Blutgerinnung ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - z.B. Marcumar / Xarelto | | |
| 11. Sind Sie allergisch auf bestimmte Medikamente oder Substanzen: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (z.B. Schmerzmittel, Penicillin, Sulfonamide, Jod, Latex) wenn ja, welche: | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| 12. Haben Sie einen Allergiepass? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Sind Sie Raucher? wenn ja, wieviel pro Tag: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Möchten Sie an Ihre Vorsorgetermine erinnert werden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie Neupatient, dann beantworten Sie bitte folgende Fragen: | | |
| 15. Haben Sie Zahnersatz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Im Oberkiefer: festsitzend / herausnehmbar / Alter ZE | | |
| - Im Unterkiefer: festsitzende / herausnehmbar / Alter ZE | | |
| 16. Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung im Kieferbereich? | | |
| _____ | | |
| 17. Welcher Bereich wurde geröntgt? _____ | | |
| 18. Sonstiges: _____ | | |
| _____ | | |

Wir freuen uns, dass Sie bei uns sind. Unser Praxisablauf ist individuell auf jeden Patienten abgestimmt. Wir möchten uns für jeden Patienten genügend Zeit nehmen und ihn mit Ruhe und großer Sorgfalt behandeln. Wenn Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie ihn bitte mindestens 24 Stunden vorher ab.

Sollten Sie Ihren Termin ohne eine Absage versäumen, behalten wir uns vor die Ausfallkosten in Rechnung zu stellen. Diese betragen 150 € pro zahnärztliche Behandlungsstunde und 75 € pro Prophylaxestunde. Hiermit wird lediglich ein Teil des tatsächlich entstandenen Aufwands sowie die entgangene Möglichkeit einer erneuten Terminvergabe abgedeckt.

Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten, deren mögliche Weitergabe, insbesondere an die kassenärztliche Verrechnungsstelle oder andere Ärzte, und Ihren Betroffenenrechten können Sie dem Informationsblatt entnehmen, welches an der Rezeption ausliegt.

Herzlichen Dank für Ihre Angaben. Sie helfen uns, Sie noch individueller und besser behandeln zu können. Für Tipps und Anregungen sind wir Ihnen stets dankbar.

Herzlichst Ihr Praxis- / Klinikteam

Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnungsstellung über eine Abrechnungsstelle erfolgt. Ich bestätige, die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Andernach den _____

Unterschrift des Patienten/ Erziehungsberechtigten