



## Anamnesebogen

**Patient/in:**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

Wie versichert ?  privat  gesetzlich  freiwillig  beihilfeberechtigt

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

**Sind Sie Härtefall ?**  ja  nein

Fragen Sie bitte Ihre Krankenkasse falls unklar oder nicht bekannt ob Sie Härtefall sind !

**Als Privatversicherte/r im Basis-/Standardtarif versichert ?**  ja  nein

Basis-/Standardtarif bedeutet eine immer reduzierte Erstattung der Kosten durch Ihre Privatversicherung. Die Bescheinigung von Ihrer Privatversicherung über den Basis-/ Standardtarif benötigen wir unbedingt vor Beginn der Behandlung.

Hinweis zur Privatversicherung/Beihilfe/Zusatzversicherung: Sie müssen damit rechnen, dass Sie von diesen Stellen nicht die vollen Kosten erstattet bekommen.

Wenn Sie gesetzlich versichert sind, legen Sie uns bitte vor Behandlungsbeginn Ihre eGK (elektronische Gesundheitskarte) vor. Wenn Sie diese nicht innerhalb von 10 Tagen vorlegen, ist die **Zahnarztpraxis Bleisteiner** verpflichtet, Ihnen eine Privatrechnung zu schreiben.

Der Erhebung einer Verweil- / Ausfallgebühr in Höhe der Kosten, die anfallen wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin versäumen (nicht absagen), es sei denn Ihr Nichterscheinen ist unverschuldet, stimmen Sie hiermit zu.

**Ansprechpartner/in**  
(evtl. in einer Einrichtung)

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Hausarzt / Hausärztin:**

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Eingliederungshilfe ?**

ja  nein

Wenn ja, bitte händigen Sie uns eine Kopie des Nachweises aus !

**Pflegegrad (Pflegestufe) ?**

nein

ja Welcher Pflegegrad ? 1  2  3  4  5

Wenn ja, bitte händigen Sie uns eine Kopie des Nachweises aus !

**Gesetzliche/r Betreuer/in ?**

ja  nein

Wenn ja, bitte geben Sie uns eine Kopie des Betreuerausweises !

**Zahlungspflichtige/r:**

Patient/in  Betreuer/in  Andere

gleiche Anschrift  andere Anschrift:

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

01. Befinden Sie sich momentan in stationärer Behandlung, z. B. Klinik  ja  nein
02. Sind Sie Raucher/in ?  ja  nein  
Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich ?  -5  -10  >10
03. Sind Sie Asthmatiker/in ?  ja  nein
04. Sind Sie Allergiker/in ?  ja  nein  
Wenn ja, auf was ? \_\_\_\_\_
05. Sind Sie Diabetiker/in ?  ja  nein
06. Nehmen Sie Blutgerinnungshemmer ?  ja  nein  
Wenn ja, welchen ? \_\_\_\_\_
07. Besteht eine Schwangerschaft ?  ja  nein
08. Sind Sie Kontaktlinsenträger/in ?  ja  nein
09. Leiden Sie an einer Herz- oder Kreislauferkrankung ?  ja  nein  
Wenn ja, an welcher ? \_\_\_\_\_
10. Haben Sie einen Herzschrittmacher ?  ja  nein
11. Neigen Sie zu Ohnmachtsanfällen ?  ja  nein
12. Neigen Sie zu epileptischen Anfällen ?  ja  nein
13. Haben oder hatten Sie eine Gelbsucht (Hepatitis) ?  ja  nein  
Wenn ja, welche ? Hepatitis  A  B  C Und wann ? \_\_\_\_\_
14. Leiden Sie unter einem Immunmangelsyndrom (z. B. HIV) ?  ja  nein  
Wenn ja, an welchem ? \_\_\_\_\_
15. Leiden Sie unter Tuberkulose ?  ja  nein
16. Leiden Sie an Osteoporose ?  ja  nein
17. Leiden Sie an einer Erkrankung des Blutes ?  ja  nein  
Wenn ja, an welcher ? \_\_\_\_\_

**Weitere Diagnose(n):** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medikamente:** bitte händigen Sie uns Ihren / einen Medikamentenplan / Medikationsplan aus

Wir dürfen aufgrund der Richtlinien des Gesundheitsamtes Patienten/Patientinnen die eine akute Herpesinfektion haben (z. B. Bläschen auf der Lippe oder im Mundraum) nicht behandeln - der Termin für die Behandlung muss dann abgesagt werden.

Der Weitergabe der Behandlungsdaten an eine/n andere/n Behandler/in innerhalb unserer Praxis und auch an eine/n Nachfolger/in des Zahnarztes / der Zahnärztin stimmen Sie hiermit zu.

In unserer EDV-Anlage werden die Software von Evident-Dentalsoftware und die Hardware von VisionmaxX GmbH gewartet und gegebenenfalls repariert. Beide Firmen könnten dabei Zugang zu Patientendaten erlangen. Die Datenschutz- bzw. Schweigepflichterklärungen liegen uns von beiden Firmen vor. Sie wurden hiermit darüber informiert und stimmen dem zu.

Wir weisen darauf hin, dass durch Betäubungsspritzen die Reaktionsfähigkeit und die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt werden kann. Nach Betäubungsspritzen darf nicht am öffentlichen Verkehr teilgenommen werden und nicht an Maschinen gearbeitet werden. In sehr seltenen Fällen können bei Betäubungsspritzen Nerven verletzt werden und ausfallen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitarbeiter/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Zahlungspflichtige/r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorge-/Erziehungsberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Betreuer/in (gesetzlich)