

# Anamnesebogen

Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um den vorliegenden Fragebogen vollständig zu beantworten.

Mit dem Ausfüllen tragen Sie dazu bei, dass wir Ihren Gesundheitszustand gut beurteilen und Sie dann auch besser behandeln können.

Alle Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mühe!

Nachname und Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Telefon privat

Telefon tagsüber ( Arbeit )

Arbeitgeber

Hausarzt, Telefon

E-Mail Adresse

Sind Sie privat versichert?

ja  nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

ja  nein

Sind Sie beihilfeberechtigt?

ja  nein

Besitzen Sie ein vollständiges Bonusheft?

ja  nein

Kommen Sie auf Empfehlung?

ja  nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

ja  nein

Rauchen Sie?

ja  nein

Regelmäßiger Alkoholgenuß?

ja  nein

Drogenkonsum?

ja  nein

Frühere Röntgenuntersuchungen?

ja  nein

Wenn ja, welche .....

Sind Sie schwanger?

ja  nein

Hatten Sie schon ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente?

ja  nein

Wünschen Sie eine gezielte Beratung über

- Bleaching/ Zahnaufhellung
- Akupunktur/ CMD-Behandlung
- Ästhetische Zahnheilkunde/ Vollkeramik
- ICON
- PZR/ SOLO-Prophylaxe
- Implantate

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich!

1. Herz-Kreislaufkrankungen

		Medikamente
Hoher Blutdruck	0 ja 0 nein	
Niedriger Blutdruck	0 ja 0 nein	
Herzrhythmusstörungen	0 ja 0 nein	
Herzinsuffizienz	0 ja 0 nein	
Angina pectoris	0 ja 0 nein	
Endokarditisprophylaxe /Pass	0 ja 0 nein	
Herzinfarkt	0 ja 0 nein	
Herzschrittmacher	0 ja 0 nein	
Herzklappenfehler /Ersatz	0 ja 0 nein	

2. Infektionskrankheiten

		Medikamente
HIV	0 ja 0 nein	
Hepatitis A, B oder C	0 ja 0 nein	
Tuberkulose	0 ja 0 nein	
Krankenhauskeim	0 ja 0 nein	
weitere( BSE, Creutzfeldt-Jakob )		

1. Allergien

		Medikamente
Lokalanästhetika	0 ja 0 nein	
Schmerzmittel	0 ja 0 nein	
Antibiotika	0 ja 0 nein	
weitere		

2. weitere Erkrankungen

		Medikamente
Blutgerinnungsstörungen/ Blutverdünnungsmedikamente	0 ja 0 nein	
Asthma	0 ja 0 nein	
Schilddrüsenüberfunktion	0 ja 0 nein	
Schilddrüsenunterfunktion	0 ja 0 nein	
Rheuma	0 ja 0 nein	
Rheumatoide Arthritis	0 ja 0 nein	
Osteoporose	0 ja 0 nein	
Bisphosphonate	0 ja 0 nein	
Epilepsie	0 ja 0 nein	
Diabetes	0 ja 0 nein	
Nierenerkrankungen	0 ja 0 nein	
Dialyse	0 ja 0 nein	
Magen-Darmerkrankungen	0 ja 0 nein	
Augenerkrankungen	0 ja 0 nein	
Ohnmachtsneigung	0 ja 0 nein	
Frühere Operationen		

## 5. Zähne

Zahnfleischprobleme ( Bluten, Rückgang, Brennen)	0 ja 0 nein
Zahnlockerungen	0 ja 0 nein
überempfindliche Zähne	0 ja 0 nein
Beißen sich Speisereste zwischen den Zähnen ein	0 ja 0
nein Haben Sie häufig einen schlechten Geschmack im Mund oder Mundgeruch	0 ja 0 nein
Parodontitis-Behandlung durchgeführt	0 ja 0 nein
Benutzen Sie Hilfsmittel zur Zahnpflege	0 ja 0 nein

## 6. Kiefergelenk

Haben Sie Schmerzen in der Kau- oder Kiefermuskulatur	
Haben Sie Schmerzen im Ohrbereich ( Kiefergelenk)	
Beobachten Sie ein Knacken im Bereich der Ohren ( Kiefergelenke )	0 ja 0 nein
Neigen Sie zu häufigen Kopfschmerzen	0 ja 0 nein
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen	0 ja 0 nein

## 7. Füllungen

Wie alt sind Ihre Füllungen Jahre	
Haben Sie Amalgamfüllungen	0 ja 0 nein
Sind Sie mit Ihren Füllungen zufrieden	0 ja 0 nein

## 8. Zahnersatz

Ist bei Ihnen Zahnersatz vorhanden	0 ja 0 nein
Wenn ja, was Kronen	0 ja 0 nein
Brücken	0
ja 0 nein	
Herausnehmbare Prothesen	0
ja 0 nein	
Totalprothesen	0
ja 0 nein	
Implantate	0
ja 0 nein	

Um zu gewährleisten, dass die notwendigen Vorsorgeuntersuchungen und Vorsorgebehandlungen regelmäßig durchgeführt werden können, gibt es in unserer Praxis ein Recall-System, in dem wir Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnern können.

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie in unser Recall-System aufnehmen? 0 ja 0 nein

Der Patient ist damit einverstanden, dass wir seine Stammdaten lt. BDSG §4 aufnehmen und an Dritte weitergeben dürfen .

0 ja 0 nein

Vielen Dank, dass Sie alle Fragen so sorgfältig beantwortet haben.

Sollte das Ausfüllen des Fragebogens Ihnen bei irgendeinem Thema Probleme bereitet haben, so sprechen Sie uns bitte darauf an.

Datum, Ort

Unterschrift

## Vereinbarung über die Vergütung bei Versäumnis von Terminen (Ausfallhonorar)

Frau/ Herr ..... ( im folgenden Patient/in) geboren am .....

und Frau Mieland als Zahnärztin

schließen folgende Vereinbarung:

Die Zahnärztin betreibt eine Bestellpraxis, in der mit längeren Terminvorläufen gearbeitet wird.

Kurzfristig abgesagte Termine können in der Regel nicht neu vergeben werden. Daher sind verbindliche Terminvereinbarungen notwendig.

Die Zahnärztin und der/die oben genannte Patient/in vereinbaren für die therapeutischen Sitzungen einvernehmlich und verbindlich Termine. Der/ die Patient/in verpflichtet sich, die Termine pünktlich wahrzunehmen; die Zahnärztin verpflichtet sich, die vereinbarten Termine für die Behandlung freizuhalten. Für den Fall, dass reservierte Termine nicht wahrgenommene werden, ist der/ die Patient/in nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch, ( § 615 BGB, sog. Annahmeverzug ) verpflichtet, der Zahnärztin die hierdurch entfallende Vergütung zu ersetzen. Daher treffen die Vertragspartner folgende Regelung:

Versäumt der/ die Patient/in eine vereinbarte Sitzung, ohne spätestens 24 Stunden zuvor abzusagen, so wird das Honorar für die im Behandlungstermin vorgesehenen Leistungen in Rechnung gestellt.

Die Zahnärztin und der/die Patient/in erklären ihr Einverständnis.

\_\_\_\_\_  
Passow, den .....

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

\_\_\_\_\_  
Zahnärztin

**Einverständniserklärung  
zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten  
gemäß § 73 Abs. 1 B SGB V**

**ZAP Jeannine Mieland**

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse

Ich bin mit der Weitergabe meiner Personen- und Behandlungsdaten einschließlich meiner Befunde an meinen Hausarzt bzw. weiterbehandelnde Ärzte, Notarzt oder Leistungserbringer einverstanden. Ich stimme auch Befundanforderungen vom Hausarzt, behandelnden Ärzten oder Leistungserbringern durch meine behandelnde Zahnärztin Jeannine Mieland zu.

**Ich bin mit der Übermittlung meiner Personen- und Behandlungsdaten per Fax und/oder Mail einverstanden.**

Mit der telefonischen Befundauskunft bin ich einverstanden, zur Legitimation erfragen Sie bitte folgendes Codewort: .....

Ich erwarte den sachgerechten und gesetzeskonformen Umgang mit meinen Daten und genehmige die Verarbeitung, Speicherung und Übermittlung der für meine Behandlung notwendigen Daten im erforderlichen Umfang.

Die Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Datum

Unterschrift (des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreter)