

## 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

Falls ja,

- Gelegentlich
- Bis 10 Zigaretten täglich
- Über 10 Zigaretten täglich

Alkoholgenuß?

ja  nein

Falls ja,

- Gelegentlich
- Mehr als 1x die Woche

Drogenkonsum?

ja  nein

Frühere Röntgenuntersuchungen?

ja  nein

Bei welchem Zahnarzt wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenbilder/OPG gemacht?

Wenn ja, welche .....

Sind Sie schwanger?

ja  nein

falls ja, SSW \_\_\_\_ Monat \_\_\_\_

Besteht ein Kinderwunsch?

ja  nein

Hatten Sie schon ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente?  
Wünschen Sie eine gezielte Beratung über

- ja  nein
- Bleaching/ Zahnaufhellung
- Akupunktur/ CMD-Behandlung
- Ästhetische Zahnheilkunde/Vollkeramik
- ICON
- professionelle Zahnreinigung
- SOLO-Prophylaxe
- Implantate

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

### 1. Herz-Kreislaufferkrankungen

- |                              |                          |                            |
|------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Hoher Blutdruck              | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Niedriger Blutdruck          | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Herzrhythmusstörungen        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Herzinsuffizienz             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Angina pectoris              | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Endokarditisprophylaxe /Pass |                          |                            |
| Herzinfarkt                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Herzschrittmacher            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Herzklappenfehler /Ersatz    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

### Medikamente

### 2. Infektionskrankheiten

- |                                   |                          |                            |
|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| HIV                               | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Hepatitis A, B oder C             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Aphten                            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Herpes                            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Tuberkulose                       | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Krankenhauskeim                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| weitere( BSE, Creutzfeldt-Jakob ) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

### 3. Augen

- |                          |                          |                            |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Sehbehinderung           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Grauer Star              | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Grüner Star              | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Erhöhter Augeninnendruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

#### 4. Allergien

- |                        |                          |                            |
|------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Lokalanästhetika       | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schmerzmittel          | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| falls ja, welche _____ |                          |                            |
| Antibiotika            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| falls ja, welche _____ |                          |                            |
| Milcheiweiß            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Jod                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Latex                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Fruktose-Intoleranz    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Laktose-Intoleranz     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Lebensmittel, Nahrung  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| falls ja, welche _____ |                          |                            |
| Metalle                | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| falls ja, welche _____ |                          |                            |

Weitere

#### Medikamente

#### 5. weitere Erkrankungen

- |  |                          |                            |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Blutgerinnungsstörungen/<br>Blutverdünnungsmedikamente | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| falls ja, <b>QUICK-/INR-Wert</b> _____                 |                          |                            |
| Asthma   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| COPD   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schilddrüsenüberfunktion                               | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schilddrüsenunterfunktion                              | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Rheuma   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Rheumatoide Arthritis                                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Osteoporose  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Bisphosphonate   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leukämie   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Tumorerkrankung  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| falls ja, welche _____                                 |                          |                            |
| Sind Sie, oder waren Sie<br>in Strahlen-/Chemotherapie | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Papillon-Lefèvre-Syndrom                               | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Diabetes   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| falls ja, <b>HbA1c-Wert:</b> _____                     |                          |                            |
| Nierenerkrankungen                                     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Dialyse  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| falls ja, welche Tage _____                            |                          |                            |
| Transplantationen                                      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| falls ja, welche _____                                 |                          |                            |
| Magen-Darmerkrankungen                                 | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sodbrennen/ Reflux                                     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Augenerkrankungen                                      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Ohnmachtsneigung                                       | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Frühere Operationen                                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

## 6. Nerven und Gemüt

- |                               |                          |                            |
|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Krampfanfälle, z.B. Epilepsie | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Parkinson                     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Depression                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Demenz/ Alzheimer             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Stress                        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

## Medikamente

## 7. Zähne

- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Zahnfleischprobleme<br>(Bluten, Rückgang, Brennen)                        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Zahnlockerungen   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| überempfindliche Zähne  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Beißen sich Speisereste<br>zwischen den Zähnen ein                        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie häufig einen<br>schlechten Geschmack im Mund<br>oder Mundgeruch | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Parodontitis-Behandlung durchgeführt                                      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Benutzen Sie Hilfsmittel zur Zahnpflege                                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

## 8. Kiefergelenk

- |  |                          |                            |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Haben Sie Schmerzen in<br>der Kau- oder Kiefermuskulatur                             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie Schmerzen<br>im Ohrbereich (Kiefergelenk)                                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Beobachten Sie ein Knacken<br>im Bereich der Ohren (Kiefergelenke)                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Neigen Sie zu häufigen Kopfschmerzen<br>Knirschen oder Pressen<br>Sie mit den Zähnen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

## 9. Füllungen

- |  |                          |                            |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Wie alt sind Ihre Füllungen ___ Jahre  |                          |                            |
| Haben Sie Amalgamfüllungen             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sind Sie mit Ihren Füllungen zufrieden | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

## 10. Zahnersatz

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

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

Datum, Ort

Unterschrift

Patient/in

Zahnärztin

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

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 E-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, Ort

Unterschrift  
(des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreter)