

PATIENTENFRAGEBOGEN
ANAMNESEBOGEN

01 PERSÖNLICHE ANGABEN

Name

Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Adresse

PLZ / Ort

Telefon

Mobilnummer

E-Mail

☐ gesetzlich versichert ☐ privat versichert Krankenkasse: _____

Pflegegrad: ☐ Nein ☐ Ja Grad: _____

02 ALLGEMEINE GESUNDHEIT

Werden oder wurden Sie wegen einer der folgenden Erkrankungen behandelt? (Mehrfachnennung möglich)

- | | |
|--|--|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Rheumatische Erkrankungen |
| ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen | ☐ Epilepsie |
| ☐ Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) | ☐ Krebserkrankung |
| ☐ Gerinnungsstörung | ☐ Osteoporose |
| ☐ Schilddrüsenerkrankung | ☐ Psychische Erkrankungen |
| ☐ Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma) | ☐ Sonstiges: _____ |

Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt (z. B. Hepatitis, HIV/AIDS, Tuberkulose)?

☐ Nein ☐ Ja welche: _____

03 MEDIKAMENTE, ALLERGIEN UND UNVERTRÄGLICHKEITEN

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ Nein ☐ Ja welche: _____

Liegt ein aktueller Medikamentenplan vor? ☐ Nein ☐ Ja (bitte zur Behandlung mitbringen)

Nehmen Sie Blutverdünner ein (z. B. Marcumar, ASS, Xarelto, Eliquis)?

☐ Nein ☐ Ja welche: _____

Nehmen Sie Bisphosphonate oder andere Medikamente gegen Osteoporose / Knochenmetastasen ein?

☐ Nein ☐ Ja welche: _____

Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

☐ Nein ☐ Ja welche: _____

Bestehen Unverträglichkeiten gegen:

☐ Lokalanästhetika ☐ Penicillin / Antibiotika ☐ Metalle (z. B. Nickel, Chrom) ☐ Latex

☐ Pflaster / Klebstoffe ☐ Sonstiges: _____

Wünschen Sie vor Behandlungsbeginn eine Beratung zur Materialverträglichkeit (ggf. Materialtestung, in der Regel eine Privatleistung)?

☐ Nein ☐ Ja

04 ZAHNÄRZTLICHE VORGESCHICHTE

Wann war Ihre letzte zahnärztliche Untersuchung?

Wann war Ihre letzte professionelle Zahnreinigung?

Tragen Sie Zahnersatz? ☐ Nein ☐ Ja

Wurde bereits eine Parodontitisbehandlung durchgeführt? ☐ Nein ☐ Ja

05 KIEFERGELENK, KAUMUSKULATUR UND FUNKTION

Haben Sie Beschwerden im Kiefergelenk? ☐ Nein ☐ Ja welche? _____

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nachts ☐ Tagsüber

Bestehen Beschwerden beim Kauen, Öffnen oder Schließen des Mundes?

☐ Nein ☐ Ja welche? _____

06 RAUCHEN, MUNDHYGIENE UND WEITERE GEWOHNHEITEN

Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ Ja wie viel? _____

Wie oft putzen Sie Ihre Zähne täglich? ☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x ☐ seltener

Verwenden Sie zusätzlich Zahnseide / Interdentalbürsten? ☐ Nein ☐ Ja

07 ZAHNARZTANGST UND BESONDERE BEDÜRFNISSE

Haben Sie Angst vor zahnärztlichen Behandlungen? ☐ Nein ☐ Ja, leicht ☐ Ja, ausgeprägt

Gibt es etwas, das wir bei Ihrer Behandlung besonders beachten sollten?

08 ANÄSTHESIE / BETÄUBUNG

Wünschen Sie eine Lokalanästhesie (örtliche Betäubung)?

☐ Nein ☐ Ja ☐ Ich möchte mich beraten lassen

Hinweis zur Fahrtauglichkeit

Nach einer örtlichen Betäubung (Lokalanästhesie) können Ihr Reaktionsvermögen und damit Ihre Fahrtauglichkeit für einige Stunden eingeschränkt sein. Bitte planen Sie Ihre Heimfahrt entsprechend, zum Beispiel mit einer Begleitperson, und führen Sie bis zum vollständigen Abklingen der Betäubung kein Fahrzeug und bedienen Sie keine Maschinen.

09 WICHTIGE PRAXISHINWEISE

Hinweis zur KI-gestützten Dokumentation

Zur Unterstützung der Behandlungsdokumentation setzen wir KI-gestützte Software ein. Fragen dazu beantworten wir Ihnen gern.

Terminabsagen

Wir arbeiten als Bestellpraxis, Ihr Termin ist ausschließlich für Sie reserviert. Bitte sagen Sie Termine spätestens 48 Stunden vorher ab (Telefon, Anrufbeantworter oder E-Mail). Bei nicht rechtzeitiger Absage können wir die reservierte Zeit nach § 615 BGB in Rechnung stellen, es sei denn, Sie trifft kein Verschulden. Ihnen bleibt der Nachweis, dass uns kein oder ein geringerer Schaden entstanden ist.

10 EINWILLIGUNGEN UND UNTERSCHRIFT

ERINNERUNG AN VORSORGETERMINE (FREIWILLIG, JEDERZEIT WIDERRUFBAR)

Erinnerung erwünscht? ☐ Nein ☐ Ja per ☐ SMS ☐ E-Mail ☐ Post ☐ Telefon

ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE (EPA)

Gesetzlich vorgesehene Daten aus Ihrer Behandlung stellen wir in Ihre ePA ein, wenn Sie nicht widersprechen.

DATENSCHUTZ

Die Patienteninformation zum Datenschutz und zur elektronischen Patientenakte habe ich erhalten oder zur Kenntnis genommen. Sie liegt in der Praxis aus und steht unter www.villa-dental-crimmitschau.de/formulare.html zum Herunterladen bereit.

ERKLÄRUNG

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Änderungen meiner gesundheitlichen Daten werde ich der Praxis umgehend mitteilen. Die Hinweise in diesem Bogen, insbesondere zur Fahrtauglichkeit nach einer örtlichen Betäubung, zur KI-gestützten Dokumentation und zu Terminabsagen, habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzliche/r Vertreter/in)