

# IN\_Amnesebogen

## Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen **sorgfältig** auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

<b>Patient</b>			Sind Patienten und <b>Zahlungspflichtiger</b> nicht identisch (z.B. Ehepartner, Kinder), bitte die folgenden Angaben ergänzen, auch <b>gesetzl. Betreuer</b> .		
<b>Geschlecht</b>	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<b>Geschlecht</b>	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
<b>Name</b>			<b>Name</b>		
<b>Vorname</b>			<b>Vorname</b>		
<b>Straße/Nr.</b>			<b>Straße/Nr.</b>		
<b>PLZ / Wohnort</b>			<b>PLZ / Wohnort</b>		
<b>Geburtsdatum</b>			<b>Geburtsdatum</b>		
<b>Geburtsort</b>			<b>Geburtsort</b>		
<b>Telefon</b> ☎			<b>Telefon</b> ☎		
<b>Mobiltelefon</b>			<b>Mobiltelefon</b>		
<b>E-Mail Adresse</b>					

<b>Name der Krankenversicherung / des Kostenträgers:</b> ✎
<input type="checkbox"/> gesetzlich pflichtversichert <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> privat</span>


<b>Liegt ein Pflegegrad/Eingliederungshilfe vor?</b>
<input type="checkbox"/> Ja <b>Bitte Nachweis vorlegen!!!!</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nein</span>





<b>Hausarzt</b> ✎	<b>Kinderarzt</b> ✎
<b>Telefon</b> ☎	<b>Telefon</b> ☎
Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in dieser Zeit beschäftigt. Die gesamte Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb rechtzeitig (d.h. möglichst 48 Std. vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. <b>Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr vergeben. Ausfallzeiten dürfen und können nach § 615 Satz BGB §287 ZPO berechnet werden.</b>	Hat der Patient das <b>18. Lebensjahr noch nicht vollendet</b> , ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die <b>Einverständniserklärung</b> des Erziehungsberechtigten notwendig! Mit dieser erklären Sie sich bereit, dass für die Behandlung Ihres Kindes in unserer Praxis bei Bedarf eine örtliche Betäubung durchgeführt und bei medizinischer Indikation Röntgenbilder angefertigt werden können.
	<b>Datum/Unterschrift des Erziehungsberechtigten</b>
	✎ _____






# IN\_Amnesebogen

Kontrolltermin/ Recall	
Möchten Sie an Ihren Kontrolltermin erinnert werden?	<input type="checkbox"/> per Mail <input type="checkbox"/> per SMS

SMS Terminerinnerung	
Möchten Sie eine SMS als Terminerinnerung? (Denken Sie an Ihre Handynummer auf Seite 1!)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wünschen Sie eine gezielte Beratung über	
<input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung	<input type="checkbox"/> Parodontitisbehandlung
<input type="checkbox"/> Zahnaufhellung (Bleaching)	<input type="checkbox"/> Ästhetische Zahnheilkunde
<input type="checkbox"/> Implantate	<input type="checkbox"/> Amalgamalternativen
<input type="checkbox"/> Zahnersatz	<input type="checkbox"/> Sonstiges  _____

Herz- u. Kreislauferkrankungen			Medikamente
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Herzklappenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Herzklappendefekt o.-ersatz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Stent <input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> weniger als 6 Monate <input type="checkbox"/> mehr als 6 Monate	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Endokarditisprophylaxe</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Amoxicillin <input type="checkbox"/> Clindamycin <input type="checkbox"/> andere

Infektionserkrankungen			Medikamente
Hepatitis (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
HIV/Aids	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Andere Infektionserkrankungen (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
Andere Immunerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	

# IN\_Amnesebogen


Allergien/Unverträglichkeiten		
Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
Antibiotika	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
Jod	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Andere Allergien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
Allergiepass	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (wenn möglich, bitte zum 1. Termin mitbringen)

Weitere Erkrankungen			Medikamente
<b>Blutgerinnungsstörungen</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, weshalb? <input type="checkbox"/> angeboren <input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> <b>ASS</b> <input type="checkbox"/> <b>Marcumar</b> <input type="checkbox"/> Pass?
<b>Krebserkrankung</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
Thalassämie ( <i>Mittelmeeranämie</i> )	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Asthma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welches? <input type="checkbox"/> chronisch <input type="checkbox"/> allergisch	
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
Osteoporose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
Rheuma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welches?	
Epilepsie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Diabetes	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Grüner Star	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	

Bisphosphonate	
Haben oder hatten Sie jemals eine orale oder intravenöse Bisphosphonattherapie (z.B. bei Osteoporose oder Krebserkrankungen) oder Einnahme von Denosumab oder Bevacizumab?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann?

Allgemeine Angaben		
Regelmäßige Medikamente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Medikamentenliste?
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in welcher SSW?
Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Zigaretten <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Andere
Frühere Röntgenuntersuchungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche/ wann?
Frühere Parodontitisbehandlung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann?
Alter des Zahnersatzes, falls vorhanden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ca.:
Hatten Sie je eine Mund-, Kiefer-, Gesichtsfaktur?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann?
Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Geräusche im Kiefergelenk?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

# IN\_Amnesebogen

Allgemeine Angaben		
Haben Sie Schmerzen im Kopf- oder Nackenbereich?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Hatten Sie Operationen in den letzten Monaten? (z.B. künstliche Gelenke, Transplantate etc.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann und woran wurden Sie operiert? 
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe?	<input type="checkbox"/> ☹ 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 ☺	

Ab sofort können Sie Online Ihre Termine bei uns vereinbaren, verschieben oder absagen! Wann und wo Sie wollen - einfach und schnell.  
Dank Online Terminmanagement ist unsere Rezeption 24 Stunden für Sie geöffnet. Jetzt registrieren:



## Wichtige Informationen

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.


Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen meines Gesundheitszustandes zu informieren.

Hiermit gebe ich mein Einverständnis zur Einholung, sofern vorhanden, eines aktuellen Medikamentenplanes bei meinem Hausarzt.

ja                       nein

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Wir möchten darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist.

Datum / Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger / Erziehungsberechtigter/gesetzl. Betreuer


Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit und hoffen,  
dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

**Ihr Praxisteam Dr. Kamphusmann**