



MISSIONZAHN

Dr. Stefan Dellinger

ANAMNESEBOGEN

PATIENTIN/PATIENT

Name

Vorname

Straße

PLZ/Wohnort

geb. am

E-Mail

Telefon

Name, Vorname Versicherter

geb. am

Beruf

Beruf

Hausarzt

Tel. mobil

Tel. Geschäft

KRANKENKASSE ODER VERSICHERUNG

☐ gesetzlich versichert

☐ freiwillig versichert

☐ Zusatzversicherung

☐ Kostenerstattung

☐ privat versichert

☐ Vollversicherung

☐ beihilfeberechtigt

☐ Basistarif

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

GESUNDHEITSFRAGEN SEITE 1

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

hoher Blutdruck

☐ ja ☐ nein

niedriger Blutdruck

☐ ja ☐ nein

Herzklappenfehler

☐ ja ☐ nein

Herzklappenersatz

☐ ja ☐ nein

Herzschritmacher

☐ ja ☐ nein

Endokarditis

☐ ja ☐ nein

Herzoperation

☐ ja ☐ nein

hochgradige Neutropenie

☐ ja ☐ nein

Mukoviszidose-Erkrankung

☐ ja ☐ nein

organtransplantiert

☐ ja ☐ nein

stammzellentransplantiert

☐ ja ☐ nein

Anfallsleiden (Epilepsie)

☐ ja ☐ nein

Asthma/Lungenerkrankungen

☐ ja ☐ nein

Blutgerinnungsstörungen

☐ ja ☐ nein

Diabetes/Zuckerkrankheit

☐ ja ☐ nein

Drogenabhängigkeit

☐ ja ☐ nein

Nervenerkrankungen

☐ ja ☐ nein

Ohnmachtsanfälle

☐ ja ☐ nein

Osteoporoseerkrankung

☐ ja ☐ nein

Raucher

☐ ja ☐ nein

Rheuma/Arthritis

☐ ja ☐ nein

Schilddrüsenerkrankung

☐ ja ☐ nein

sonstige Erkrankungen

☐ ja ☐ nein



GESUNDHEITSFRAGEN SEITE 2

Infektiöse Erkrankungen

HIV-Infektion/Stadium AIDS ☐ ja ☐ nein
Lebererkrankung/Hepatitis ☐ ja ☐ nein
Tuberkulose ☐ ja ☐ nein
Infektionskrankheiten (z.B. MRSA) ☐ ja ☐ nein
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/
neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-
Krankheit (vCJK) ☐ ja ☐ nein

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, in welchem Monat?

Allergien bzw. Unverträglichkeiten

Lokalanästhesie/Spritzen ☐ ja ☐ nein
Antibiotika ☐ ja ☐ nein
Schmerzmittel ☐ ja ☐ nein
Metalle: ☐ ja ☐ nein

Sind bei Ihnen zahnärztliche
Röntgenaufnahmen gemacht worden?
(nur Neupatienten) ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, wann?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit ein? _____ seit _____

_____ seit _____

Nehmen Sie Bisphosphonate? ☐ ja ☐ nein seit _____
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? ☐ ja ☐ nein seit _____
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? ☐ ja ☐ nein seit _____
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva? ☐ ja ☐ nein seit _____
Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? ☐ ja ☐ nein Datum: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden. Die im Wartebereich ausgehängte Information zum Datenschutz/zur Datenerhebung habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass mir nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die meine Zahnärztin/mein Zahnarzt gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunftstelle gestellt wird.

Ort, Datum Unterschrift

