



Gesundheitsbogen

Sehr geehrte Damen und Herren,

Um einen komplikationslosen Behandlungsablauf, eine vorschriftsmäßige Verwaltung Ihrer Unterlagen und eine optimale Organisation zu gewährleisten, benötigen wir einige Informationen. **Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert.**

Die Weitergabe an Dritte (Röntgenbilder an ihren Zahnarzt, Patientendaten für Behandlungen in Sedierung oder Daten für das Labor zur Untersuchung von histologischen Material) erfolgt mit Ihrem Einverständnis. Falls Sie sich über eine Antwort noch nicht im Klaren sind, klären wir das gerne in einem persönlichen Gespräch. Bitte sprechen Sie uns an.

Vielen Dank!

Persönliche Angaben

<input type="text"/> Nachname	<input type="text"/> Vorname	<input type="text"/> Geburtsdatum
<input type="text"/> Straße/Haus-Nr.	<input type="text"/> Postleitzahl	<input type="text"/> Stadt
<input type="text"/> Festnetz (privat)	<input type="text"/> Festnetz (geschäftlich)	<input type="text"/> Mobil
<input type="text"/> @ <input type="text"/>		
<input type="text"/> E-Mail	<input type="text"/>	
<input type="text"/> Beruf	<input type="text"/> Arbeitgeber	

Angaben zu Ihrer Versicherung

Für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse:

Name Ihrer Krankenkasse: _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein

Sind Sie *freiwillig* versichert? Ja Nein

Für Mitglieder einer privaten Krankenversicherung:

Name Ihrer Krankenversicherung: _____

Sind Sie beihilfeberechtigt? (wichtig für Ihre Erstattungsansprüche) Ja Nein

Haben Sie **Spezialtarife** oder Zusatzabkommen? Ja Nein

(Falls ja, sprechen Sie uns bitte persönlich bezüglich der Modalitäten an.)

Mitversichert bei (wenn mitversichert, z.B. bei Kindern, Studenten):

<input type="text"/> Nachname	<input type="text"/> Vorname	<input type="text"/> Geburtsdatum
----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

Falls Sie mit versichert sind: **Hat der Hauptversicherte die gleiche Adresse?** Ja Nein

Falls nein:

<input type="text"/> Straße/Haus-Nr.	<input type="text"/> Postleitzahl	<input type="text"/> Stadt
---	--------------------------------------	-------------------------------



Allgemeinmedizinische Anamnese

1. Waren Sie während der letzten Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung?
Ihr Hausarzt..... Ja Nein
2. Nehmen sie zurzeit regelmäßig Medikamente ein?..... Ja Nein
Wenn ja, Welche?.....
4. Spezielle Medikamente
Antidepressiva (wichtig für chirurg. Eingriffe!)..... Ja Nein
Gerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar, Aspirin)..... Ja Nein
Schmerzmittel..... Ja Nein
Bisphosphonate im Rahmen einer Osteoporosetherapie im letzten Jahr..... Ja Nein
5. Bluten Sie lange nach einer Verletzung?..... Ja Nein
- Hatten Sie jemals:**
6. Eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente?..... Ja Nein
(z.B. Jod, Penicillin etc.)?
7. Haben Sie Asthma, Heuschnupfen oder Allergien? (Bitte ankreuzen)..... Nein
8. Herzerkrankungen, Kreislaufstörungen? Ja Nein
(z.B. Hyper-, Hypotonie, Endokarditis, Herzkappenersatz-, Infektionen)?
9. Rheumatische Erkrankungen oder Gelenkerkrankungen?..... Ja Nein
10. Lebererkrankungen..... Ja Nein
(z.B. Gelbsucht)?
11. Diabetes (Zuckerkrankheit)?..... Ja Nein
12. Atemwegserkrankungen?..... Ja Nein
13. Nierenerkrankungen?..... Ja Nein
14. Infektiöse Erkrankungen?..... Ja Nein
(z.B. Tuberkulose, AIDS, HIV, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten)?
15. Leiden Sie unter Schlafapnoe und/oder Schnarchen?..... Ja Nein
16. Schilddrüsenprobleme?..... Ja Nein
17. Epileptische Anfälle?..... Ja Nein
18. Rauchen Sie?..... Ja Nein
Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?.....
19. Trinken Sie Alkohol?..... Ja Nein
Wenn ja, wie viele Einheiten pro Woche (1 Glas Bier/Wein ist eine Einheit)?.....
20. Nehmen Sie Drogen?..... Ja Nein
21. Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?..... Ja Nein
Wenn ja, welche Woche?.....
22. Haben Sie ein künstliches Hüftgelenk?..... Ja Nein



Zahnmedizinische Anamnese

1. Wurden Sie die letzten 2 Jahre zahnärztlich geröntgt?..... Ja Nein
2. Haben Sie Beschwerden an den Zähnen?..... Ja Nein
Wenn ja, wo? _____
3. Haben Sie Beschwerden am Zahnfleisch?..... Ja Nein
Wenn ja, wo? _____
4. Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt?..... Ja Nein
5. Empfinden Sie das Aussehen Ihrer Zähne als Problem? Ja Nein
Wenn ja, was? _____
6. Haben Sie Schmerzen oder ein Spannungsgefühl im Kiefergelenk oder
Gesichtsbereich?..... Ja Nein
7. Leiden Sie unter chronischen Kopf-, Hals-, oder Schulterschmerzen?..... Ja Nein

Grund Ihres heutigen Zahnarztbesuches bei uns ?

Haben Sie spezielle Wünsche an uns?

- Prophylaxe
- Zahnsanierung
- Schientherapie/Funktionsanalyse
- Implantate
- Ästhetik
- Halitosis (Mundgeruch) etc.
- Angsttherapie

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung Zeitung Google www.zahnärzte-münchen.de(Website) Bing Facebook Instagram
 jameda Ärzteportal YouTube www.muenchen.de (Stadtportal der Stadt München) Andere

Hier noch einige wichtige Informationen für Sie:

- Nach einer Anästhesie kann die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr eingeschränkt sein.
- Um Ihre Zähne langfristig gesund zu halten, möchten wir Sie regelmäßig an die notwendigen Vorsorgeuntersuchungen und Mundhygienetermine / Recall erinnern.
- **Bitte wählen Sie, wie Sie für den Recall erinnert werden möchten:**
SMS **Email** **Anruf** **Keine Erinnerung**
- Wir sind eine reine Bestellpraxis, Sie müssen bei uns keinerlei oder nur geringste Wartezeiten in Kauf nehmen. Sagen Sie einen für Sie reservierten Termin an einem Werktag (Mo-Fr) nicht mindestens 24 Stunden vorher ab, so müssen wir Ihnen deshalb unseren Honorarausfall berechnen, der in der Regel mindestens 75,00 € je angefangene halbe Stunde beträgt, es sei denn, die verspätete Terminabsage erfolgte unverschuldet.
Wir versenden mindestens 36 Stunden vor Ihrem Termin eine Erinnerungs-SMS, die sie jedoch nicht beantworten können. Sie müssen in der Praxis anrufen, um einen Termin abzusagen (Tel. 089 571 544).
- Änderungen meiner Daten und meines Gesundheitszustandes gebe ich unverzüglich an Sie weiter.
- Ich versichere hiermit, dass die von mir gegebenen Informationen korrekt sind. Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Daten, inklusive Röntgenbildern und Photographien und deren Kopien und Reproduktionen für wissenschaftliche Zwecke verwendet und an unser medizinisches Personal und medizinische Kollegen, **Versicherungen und Inkasso Unternehmen auf Anfrage weitergeleitet werden dürfen.**

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben, sowie die Kenntnisnahme und/oder Bereitschaft zu den angebotenen Maßnahmen.

München, den

Unterschrift

HARDER MEHL Praxisklinik für Zahnmedizin und Implantologie
Volkartstraße 5, 80687 München

Tel.: 089-57 15 44, Fax.: 089-57 45 78, info@hardermehl.de, www.zahnärzte-münchen.de