

Willkommen in der Praxis Dres. Rist & Link

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Mundgesundheit anvertrauen wollen. Bitte nehmen Sie sich fünf Minuten Zeit und geben uns die für uns wichtigen Informationen. - Vielen Dank

Vor- und Nachname: Straße:

PLZ: Ort: Geburtsdatum:

Wie möchten Sie kontaktiert werden? Telefon privat: -

Mobiltelefon: -

SMS-Erinnerung an vereinbarte Terminen: erwünscht nicht erwünscht

Ihr Kausystem ist ein Teil des Körpers, das in Verbindung mit anderen Organen steht. Wir dürfen Sie bitten, uns die folgenden Fragen zu beantworten. Wenn Sie sich nicht sicher sind, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Hatten / haben Sie Erkrankungen der folgenden Organsysteme (bitte in der ersten Spalte ankreuzen ☒):

Herz-Kreislauf	
hoher Blutdruck	1
niedriger Blutdruck	9
Herzfehler	1
Bypass	1
Angina pectoris	1
Herzinfarkt. Jahr:	1
Herzmuskelentz. Jahr:	1
künstliche Herzklappe	2
Herz-Rhythmus-Störungen	1
Herzschr. m. Schrittmacher	2
Gefäße, Blut	
Thrombose. Jahr:	3
Schlaganfall. Jahr:	3
Hörsturz, Jahr:	3
Gerinnungsstörungen	3
Atemwege, Lunge	
Schnarchen	4
Chronische Bronchitis	5
COPD	5
Leber, Nieren	
Hepatitis <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C	6
Leberzirrhose	8
Dialyse: alle.....Tage	14
Stoffwechsel, Magen/Darm	
Diabetes mellitus Typ I	8
Diabetes mellitus Typ II	8
Schilddrüsenüberfunktion	8
Schilddrüsenunterfunktion	9
Refluxkrankheit	10
Skelett	
Arthrose(Gelenkverschleiß)	
Arthritis (Gelenkentzünd.)	11
Osteoporose	12
Gelenkprothese:	2
Fibromyalgie	11
Knochenbrüche im Gesicht	10

Nerven, Augen	
Krampfanfälle (Epilepsie)	5
Depression	5
Kopfschmerzen >1x/Woche	13
Grüner Star (Glaukom)	5
Frauen	
Schwangerschaft?	14
Entbind.termin:	
Allergien, Ernährung	
Ich ernähre mich vegan	5
Latex-Allergie	7
Allergie Nahrungsmittel	7
Allergie Medikamente	7
Immunschwäche	
HIV-Infektion (AIDS)	6
Bestrahlung	14
Chemotherapie	14
Creutzfeld-Jakob	14
Genussmittel	
Rauchen Sie?.....Zig./Tag	14
Alkohol täglich	5
Drogen:	5
Regelmäßige Medikamente	
Gegen Bluthochdruck	1
ASS, Clopidogrel	3
Plavix / Iscover	3
Marcumar / Phenprocoum.	3
Sonst. Blutverdünnung	3
Gegen Bluthochdruck	1
Osteoporose-Medikamente (Fosamax, Tevanate, Fosavance, Tevabone, Zometa)	12
Psychopharmaka	5
Antibabypille	15
Mund, Zähne, Kiefergelenk	
Ich hatte eine Zahnspange	10
Zähne haben s. verschoben	10

Zähne kälteempfindlich	15
Zahnfleischbluten	15
Zähne wurden länger	15
Parodontose-Behandlung	15
Atmung durch den Mund	15
Mundgeruch	15
Mundtrockenheit	15
beißen sich Essensreste ein	10
Kauen/Öffnen schmerzhaft	13
Ich knirsche/presse	13
Ich trage eine Schiene	13
Zahnpflege	
Elektr. Zahnbürste	
Zahnseide täglich	
Zwischenraumbürstchen	
Zungenreinigung	
Ästhetik der Zähne	
möchte hellere Zahnfarbe	16
Zahnstellung gefällt nicht	16
Ich vermeide, dass man beim Lachen Zähne sieht	16
Hausarzt	
Name	
Ort	
Zahnärztl. Betreuung	
Letzter Zahnarzt-Besuch liegt länger als 1J. zurück	
Es gibt Röntgenbilder, die nicht älter als 1 Jahr sind	17
Rö-Bilder anfordern bei: Praxis: Ort:	17
Kostenträger	
Bonusheft vorhanden	18
Beihilfe-Berechtigung	18
Zahn-Zusatzversicherung Versicherer: Tarif: Vers.-Beginn:	18
Wie haben Sie uns gefunden?	

Im Vorbeigehen	
Empfehlung durch Patient	19

Name:	
Internet: Homepage	

Internet: Jameda	

Ich erhalte eine Kopie dieses Anamnesebogens mit meinen Angaben und werde Ihnen mitteilen, wenn sich Änderungen ergeben, insbesondere bezüglich meines Gesundheitszustandes oder der regelmäßig eingenommenen Medikamente.

Datenschutz

Die Erhebung und Speicherung Ihrer Daten ist für die Behandlung notwendig und erfolgt gemäß Art.6 Abs. 1b EU-DSGVO. Die Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt nur dann, wenn wir dazu verpflichtet sind (z.B. gesetzl. Krankenkasse, gesetzl. Unfallversicherung) oder die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist (z.B. andere Leistungserbringer wie Labore, Physiotherapeuten, Kieferorthopäden...).

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten, Zahnärzten oder medizinischen Leistungserbringern angefordert werden dürfen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde Ärzte, Zahnärzte und andere medizinische Leistungserbringer (z.B. zahntechn. Labor) übermittelt werden dürfen.

Ich stimme der Nutzung meiner Adressdaten zu Zwecken zu, die über die Behandlung hinaus gehen (beispielsweise Terminerinnerung, Einladung zu Veranstaltungen).

Wenn Sie einzelnen Aspekten der Nutzung widersprechen, dann streichen Sie bitte den betreffenden Text durch. Ein Widerruf der Erklärung, auch in Teilen, ist jederzeit möglich.

....., den
 Ort Datum Unterschrift

Vereinbarung über Ausfallhonorar

Ihre Zeit ist knapp und wertvoll, wir wollen damit sorgsam umgehen. Wir versuchen, Wartezeiten für Sie zu vermeiden, so gut das in einer Praxis möglich ist. Wenn Sie einen Termin vereinbart haben, ist diese Zeit nur für Sie reserviert: Die Behandlung wird vorbereitet, Zahnarzt und Mitarbeiterinnen sind für Ihre Behandlung bereit.

Leider kommt es immer wieder vor, dass Termine nicht eingehalten oder kurzfristig abgesagt werden. Das ist für andere Patienten ärgerlich, die auf einen Termin lange warten müssen. Es ist aber auch ein betriebswirtschaftliches Problem: eine Praxisstunde kostet ca. 300,-€ - unabhängig davon, ob behandelt wird oder nicht. Um in diesem Fall einen Teil der Kosten aufzufangen, möchten wir die Terminvereinbarung für beide Seiten verbindlich zu machen: Zwischen der Praxis Dr. Rist und mir wird vereinbart, dass bei Nichteinhalten eines vereinbarten Termins ein Ausfallhonorar in Höhe von 100,-€ je Stunde fällig wird. Auf Wunsch wird mein vereinbarter Termin mit Datum, Uhrzeit und Dauer schriftlich bestätigt („Terminzettel“). Eine Terminabsage ist bis 24h vor dem Termin möglich (telefonisch, per eMail, Fax oder Post). Ausgenommen sind selbstverständlich Erkrankung (AUB) und höhere Gewalt. Rechtsgrundlage ist §252 BGB.

....., den
 Ort Datum Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Der weitere Abschnitt ist für später bestimmt.

Für die regelmäßige Kontrolle und Aktualisierung Ihrer Angaben nutzen Sie bitte diesen Abschnitt. Haben sich Änderungen ergeben? Dann tragen Sie diese bitte mit einem andersfarbigen Stift in dem Formular ein. Wenn es keine Änderungen gibt, dann bestätigen Sie das einfach mit Ihrer Unterschrift. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Jahr	Datum	Keine Änderungen Unterschrift	Angaben aktualisiert Unterschrift	Jahr	Datum	Keine Änderungen Unterschrift	Angaben aktualisiert Unterschrift
2021				2026			
2022				2027			
2023				2028			
2024				2029			
2025				2030			

↓ Wird Praxis-intern ausgefüllt ↓

Kopie über Anamnesebogen und Formular MCC für Patient erstellt und ausgehändigt durch:

ST SD LF KH JK
 Unterschrift

Angaben vollständig übertagen durch:

ST SD LF KH JK
 Unterschrift