DR. Reeh & DR. Reeh
ZAHNMEDIZIN AM WINTERHAFEN

ZAHNMEDIZIN AM WINTERHAFEN
WAHLZAHNARZT, IMPLANTATE, KIEFERORTHOPÄDIE

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir heißen Sie herzlich willkommen in unserer Ordination! Der Fragebogen hilft uns Sie besser kennenzulernen und Abläufe zu erleichtern. Wir bitten Sie daher das Formular sorgfältig zu lesen und gewissenhaft zu beantworten. Sollten Sie bei der Beantwortung einzelner Punkte unsicher sein, sind wir Ihnen gerne behilflich. Alle Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHE DATEN:

Name | Vorname	akad. Titel	Geburtsdatum
Straße | Hausnummer	PLZ	Ort
Mobil	E-Mail	Beruf | Arbeitgeber
Hausarzt	Telefon	Anschrift

VERSICHERUNG:

Zusatzversicherung ☐ Ja ☐ Nein Krankenkasse: SVNR:

Sollten Patient und Versicherungsnehmer nicht übereinstimmen, ergänzen Sie bitte die folgenden Angaben des Versicherungsnehmers:

Name | Vorname	akad. Titel	Geburtsdatum
Straße | Hausnummer	PLZ	Ort
E-Mail	Telefon	Mobil

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Empfehlung ☐ im Vorbeigehen ☐ Google ☐ DocFinder ☐ Website
☐ Veranstaltung ☐ Überweisung ☐ Facebook ☐ Sonstiges

Zu Ihrer Gesundheit und Wohlbefinden wünschen Sie:

☐ Biologische Zahnmedizin ☐ Implantate ☐ Ästhetik ☐ Zweitmeinung ☐ Halitosis (Mundgeruch)
☐ Schmerzbehandlung ☐ Zahnregulierung (KFO) ☐ Gesamtsanierung ☐ Prophylaxe/ Mundhygiene

Grund Ihres Besuchs/ sonstiges im Detail:

UNSER SERVICE FÜR SIE:

Wünschen Sie vor vereinbarten Terminen eine Erinnerung?

per SMS ☐ Ja ☐ Nein

Dürfen wir Ihnen Informationen zu unserer Praxis und Aktionen übersenden?
Wenn ja, auf welchem Weg? ☐ **per SMS** ☐ **per E-Mail**

Dürfen wir Ihre Unterlagen und Röntgenbilder an den weiterbehandelnden Arzt/ Zahnarzt oder Ihre Versicherung übersenden? ☐ Ja ☐ Nein

ALLGEMEINE ANAMNESE:

Leiden Sie derzeit oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen oder trifft einer der folgenden Punkte auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie zutreffendes an.

Herz | Kreislauf

- ☐ **Herzfehler | Herzschwäche**
- ☐ **Herzinfarkt**
- ☐ **Herzmuskelentzündung**
- ☐ **Herzklappenentzündung**
- ☐ **Herzoperation (Stent, Herzschrittmacher usw.)**
- ☐ **Bluthochdruck**
- ☐ **Rhythmusstörungen**
- ☐ **Endokarditisprophylaxe**

Infektionskrankheiten

- ☐ **Hepatitis** ☐ A ☐ B ☐ C
- ☐ **Tuberkulose**
- ☐ **AIDS | HIV**
- ☐ **Krankenhauskeime (z.B. MRSA)**
- ☐ **Creutzfeldt-Jakob Varianten**
- ☐ **COVID-19 (Coronavirus)**

Allergien

- ☐ **Latex**
- ☐ **Medikamente**
  - ☐ **Clindamycin**
  - ☐ **Penicillin (Amoxicillin,**
  - ☐ **Megacillin, etc.)**
- ☐ **Metalle**

Sonstige: _____

Sonstige: _____

Knochen

Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie aktuell mit Bisphosphonaten und/oder Denusomab behandelt?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, mit welchem Medikament?

_____

Skelettsystem

- ☐ **Gelenkerkrankungen**
- ☐ **Rheuma Osteoporose**
- ☐ **Muskelerkrankungen**
- ☐ **Fibromyalgie**

Sonstige Erkrankungen

- ☐ **Magen-Darmerkrankungen**
- ☐ **Leber-Nierenerkrankungen**
- ☐ **Diabetes**
- ☐ **Schilddrüsenveränderungen**
- ☐ **Operationen im Mund-Kiefer- Gesichtsbereich**
- ☐ **Tumorerkrankungen**
  Welche? _____
- ☐ **Chemotherapie**
- ☐ **Gerinnungsstörung**
- ☐ **Glaukom | Grüner Star**
- ☐ **Atemwegs-/Lungenerkrankung**
- ☐ **Asthma**
- ☐ **Krampfanfälle (Epilepsie)**
- ☐ **Schlaganfall**
- ☐ **Immunsuppression**
- ☐ **Weitere:** _____

Medikamenteneinnahme

- ☐ **Antibabypille**
- ☐ **Schmerzmittel**
- ☐ **Antidiabetika**
- ☐ **Blutgerinnungshemmende**
- ☐ **Medikamente**
  (z.B. Aspirin, Marcumar, Plavix, Xarelto etc.)

Sonstige: _____

Sonstige: _____

Sonstige: _____

Sonstige: _____

Sonstige: _____

Sonstige: _____

Sonstige: _____

Sonstige: _____

Sind Sie schwanger?	☐ Ja	☐ Nein	Wenn ja, in welcher Woche? _____
Rauchen Sie?	☐ Ja	☐ Nein	Wenn ja, wie viel Zigaretten pro Tag? _____
Konsumieren Sie übermäßig Alkohol?	☐ Ja	☐ Nein	
Konsumieren Sie Drogen?	☐ Ja	☐ Nein	

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Ihre Heilkostenpläne und Rechnungen an die Krankenkasse weiterleiten?

☐ Ja ☐ Nein

Falls Ja, tragen Sie bitte diese Informationen ein:

IBAN: _____

BIC: _____

Wir bieten Ihnen den Service einer Bestellpraxis. Ihr Termin ist ausschließlich für Sie reserviert. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie daher um Ihre rechtzeitige Benachrichtigung mindestens 24 Stunden im Voraus. Das gibt uns die Chance ihren Termin anderweitig anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so vermieden werden.
Sollte ein Termin < 24 Stunden unentschuldigt oder zu kurzfristig abgesagt werden, sehen wir uns gezwungen die Ausfallzeit nach den aktuellen autonomen Honorarrichtlinien der Zahnärztekammer Oberösterreich geltend zu machen („Versäumte Sitzung (pro Stunde) bis zu €246").

Die Erstuntersuchung wird mit €95 honoriert. Die Erstellung einer Übersichtsröntgenaufnahme, falls kein aktuelles Röntgen digital vorliegt, wird mit €95 honoriert. Beide Abrechnungspositionen (Beratung und Panoramaröntgen) können bei der jeweiligen Krankenkasse eingereicht werden, um einen Anteil rückerstattet zu bekommen. Das Erstellen von einer digitalen Volumentomografie (DVT 3D Röntgenaufnahme) wird mit € 180 honoriert.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben und stimmen der Speicherung der personenbezogenen Daten ausdrücklich zu. Sie verpflichten sich dazu, Änderungen der Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

_____

Ort | Datum **Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter/in**