



ZAHNMEDIZIN IM TOWER

Jan Märkle
Zahnarzt
Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

Anamnese

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine angepasste und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name [Patient]	Vorname [Patient]	Geburtsdatum [Patient]
Name [Versicherter]	Vorname [Versicherter]	Geburtsdatum [Versicherter]
Versicherungsstatus	☐ privat ☐ gesetzlich	☐ Beihilfe ☐ Zusatzversicherung
	☐ privat Basistarif	Geburtsort
Straße Hausnummer	PLZ	
Ort	E-Mail	
Telefon privat	Telefon geschäftlich	Telefon mobil
Beruf	Arbeitgeber	
Auf wessen Empfehlung kommen Sie?		
☐ Internet		

Sie erhalten in unserer Praxis eine qualitativ hochwertige und auf Ihre Bedürfnisse und Wünsche abgestimmte Behandlung. Wir orientieren uns an internationalen Qualitätsstandards. Sie werden über alle Maßnahmen und die damit verbundenen Kosten ausführlich, auch schriftlich, aufgeklärt. Bitte sprechen Sie uns an, wenn Sie Fragen zu Ihrer Behandlung haben. Gemeinsam wollen wir für Sie die richtige und auch wirtschaftlich sinnvolle Therapie finden.

Eine Terminabsage sollte nur in dringenden Fällen, spätestens jedoch 1 Arbeitstag vor der Behandlung erfolgen, da viele Patienten lange auf einen Termin warten. Nicht abgesagte Termine würden wir Ihnen nur ungern in Rechnung stellen.

Wir bitten um Ihr Verständnis, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen - dadurch kann es gelegentlich zu Zeitverzögerungen kommen.

Einverständnis elektronische Patientenakte? ☐ Ja ☐ Nein

BITTE BOGEN WENDEN

A	Schelmehofstr. 1a	T	+ 49 [0] 83 41 - 43 86 40		
	87600 Kaufbeuren	E	info@zahnmedizinimtower.de	W	www.zahnmedizinimtower.de

Sind Sie zur Zeit in allgemeinärztlicher Behandlung?

☐ Nein ☐ Wenn ja, weshalb

Nehmen Sie Medikamente?

☐ Nein ☐ Wenn ja, welche

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente, z.B. Aspirin, Markumar, ASS, Plavix, Clopidogrel, Pradaxa, Xarelto, Eliquis?

☐ Nein ☐ Wenn ja, welche

Werden oder wurden Sie mit Bisphosphonaten behandelt, z.B. Aredia, Bonviva, Bonefos, Fosamax, Actonel, Zometa?

☐ Nein ☐ Wenn ja, welche

Sind bei Ihnen Magenbeschwerden | Magengeschwüre bekannt?

☐ Nein ☐ Wenn ja, welche

Haben oder hatten Sie Überempfindlichkeiten | Allergien, z.B. Penicilin?

☐ Nein ☐ Wenn ja, welche

Haben oder hatten Sie eine andere Krankheit, z.B. Asthma, Herzrhythmusstörungen, Epilepsie?

☐ Nein ☐ Wenn ja, welche

Rauchen Sie?

☐ Nein ☐ Wenn ja, wie viel

Bluten Sie lange?	☐ Nein ☐ Ja	Haben Sie Diabetes Zucker?	☐ Nein ☐ Ja
Nehmen Sie Cortison?	☐ Nein ☐ Ja	Haben Sie Infektionskrankheiten, z.B. TBC, Aids?	☐ Nein ☐ Ja
Haben Sie Nierenerkrankungen?	☐ Nein ☐ Ja	Haben Sie Lebererkrankungen, z.B. Hepatitis?	☐ Nein ☐ Ja
Haben Sie Herzklappenfehler?	☐ Nein ☐ Ja	Haben Sie Herz- Kreislaufkrankungen, z.B. Bluthochdruck?	☐ Nein ☐ Ja
Haben Sie Herzklappenprothesen?	☐ Nein ☐ Ja	Traten nach zahnärztlichen Spritzen Nebenwirkungen auf?	☐ Nein ☐ Ja
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	☐ Nein ☐ Ja	Haben Sie starken Würgereiz?	☐ Nein ☐ Ja
Haben Sie künstliche Gelenke?	☐ Nein ☐ Ja	Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?	☐ Nein ☐ Ja

Bitte teilen Sie uns umgehend jegliche Änderung Ihres Gesundheitszustandes oder Ihrer Medikamenteneinnahme mit.

Ich bestätige, dass von mir angefertigte Fotos | Videos zur Dokumentation und für wissenschaftliche Veröffentlichungen | Vorträge, ohne Angaben meines Namens, benutzt werden dürfen. Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass meine betreuende Zahnarztpraxis per Fax, Brief oder E-Mail über meine Befund- und Behandlungsdaten entsprechend informiert wird.

Gerne können Sie uns eine Kontaktperson nennen, welcher wir Ihre persönlichen Unterlagen aushändigen dürfen.

Name:

Ort, Datum

Unterschrift