

# Zahnarztpraxis Dr. Ludwig Götz

Weißburger Straße 6b  
91126 Schwabach



Telefon 09122 - 2189  
Telefax 09122 - 14727

E-Mail: [info@zahnarztpraxis-schwabach.de](mailto:info@zahnarztpraxis-schwabach.de)  
[www.zahnarztpraxis-schwabach.de](http://www.zahnarztpraxis-schwabach.de)

## 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 adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

*Ihr Zahnarzt*

### **Patient Herr/Frau/Kind**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

### **Mitglied**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

### **Anschrift**

Straße \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_ Tel. privat \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_

### **Beruf**

\_\_\_\_\_ Tel. beruflich: \_\_\_\_\_

### **Krankenkasse/ Versicherung**

\_\_\_\_\_

### **Für Kassenpatienten**

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

**Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?**

- ja**  
 **nein**

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, welche uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

(Mit dieser Unterschrift bestätigen Sie die Angaben auf der **Vorder- und Rückseite**)

# Anamnesebogen

**Ärztliche Behandlung:** Befinden Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein  
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

**Hausarzt/Facharzt:** Name, Adresse, Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Medikamente:** Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Haben Sie Bisphosphonate eingenommen?  ja  nein  
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?  ja  nein  
Sonstiges? \_\_\_\_\_

**Allergien:** Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Besitzen Sie einen Allergiepass?  ja  nein

**Herzerkrankungen:** Herzenschwäche (Insuffizienz)  ja  nein  
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)?  ja  nein  
Herzasthma, Angina pectoris?  ja  nein  
Herzschrittmacher, Herzplappenersatz?  ja  nein  
Zustand nach Herzinfarkt?  ja  nein

**Kreislaufkrankungen:** zu hoher Blutdruck?  ja  nein  
zu niedriger Blutdruck?  ja  nein  
Sonstiges? \_\_\_\_\_

**Vegetative Erkrankungen:** Ohnmachtsanfälle?  ja  nein  
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?  ja  nein  
Sonstiges? \_\_\_\_\_

**Stoffwechselerkrankungen:** Zuckerkrankheit (Diabetes)?  ja  nein  
Magen-Darmerkrankungen?  ja  nein  
Schilddrüsenerkrankungen?  ja  nein  
Sonstiges? \_\_\_\_\_

**Erkrankung des Nervensystems:** Epileptiforme Anfälle?  ja  nein  
Krämpfe?  ja  nein  
Sonstiges? \_\_\_\_\_

**Bluterkrankungen:** Blutungsneigung (Hämophilie)?  ja  nein  
Blutarmut (Anämie)?  ja  nein  
Sonstiges? \_\_\_\_\_

**Infektionskrankheiten:** Betrachten Sie sich als Patient mit infektionsbedingtem Risiko? \*  ja  nein  
Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)?  ja  nein  
Tuberkulose?  ja  nein  
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.?  ja  nein  
Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt?  ja  nein  
Wenn ja, mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_  
Sonstiges? \_\_\_\_\_

\*Patienten mit infektionsbedingtem Risiko=Virushepatitis und AIDS  
Zu den exponierten Gruppen müssen heute aufgrund der Eigenarten dieser Krankheiten gezählt werden:  
- Träger von Hepatitisviren und HIV – Antikörper (mit oder ohne Krankheitssymptome),  
- Männer, die mit Männern sexuellen Kontakt pflegen oder pflegten (Homosexuelle und Bisexuelle),  
- Gegenwärtige oder frühere Drogenabhängige (Fixer),  
- Prostituierte,  
- Personen, die mit Angehörigen der o.g. Gruppen ungeschützten sexuellen Kontakt pflegen.  
- Patienten mit Bluttransfusionen

**Weitere Angaben:** Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?  ja  nein

**Röntgen:** Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt  ja  nein  
Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

**Schwangerschaft:** Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.  
Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.**