



ANAMNESEBOGEN

DR. ECKHARD KUCK
Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Tätigkeitsschwerpunkte
Implantologie und Parodontologie
Restaurative Funktionstherapie

DR. CHRISTA KUCK
Zahnärztin
Tätigkeitsschwerpunkte
Kinder-, und Jugendzahnheilkunde
Kieferorthopädie

Kurparkstraße 5, 63619 Bad Orb - Tel. 06052-900555 - Fax 900556 - praxis@drkuck.de

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir bitten Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen, bei Fragen helfen wir gerne. Die Angaben sind freiwillig aber sehr wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Wir streben für unsere Patienten eine optimale Zahnerhaltung und -pflege an und bieten Ihnen die Möglichkeit einer Behandlung und Betreuung auf höchstem Niveau. Einige unserer Behandlungsmethoden werden nicht oder nur teilweise von den Kostenträgern bezahlt. In der Regel werden Sie persönlich dafür aufkommen müssen. Über den Umfang dieser Leistungen informieren wir Sie vor der Behandlung.

Patient

Name Vorname

Geb. am: Geburtsort:

Straße – Hausnummer PLZ/Wohnort

Telefon Mobil E-Mail

Mitglied / Zahlungspflichtiger (bei Kindern Erziehungsberechtigter)

Name Vorname geb. am:

Straße – Hausnummer PLZ/Wohnort

Telefon Mobil E-Mail

Beruf des Mitgliedes / Anschrift des Arbeitgebers

Beruf

Arbeitgeber Telefon

Straße – Hausnummer PLZ/Wohnort

Versicherungsverhältnis

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse | <input type="radio"/> ich bin privat versichert |
| <input type="radio"/> ich bin pflichtversichert | <input type="radio"/> ich bin beihilfeberechtigt |
| <input type="radio"/> ich bin freiwillig versichert | <input type="radio"/> ich bin versichert nach §5a GOZ (Standardtarif) |
| <input type="radio"/> ich wünsche Privatbehandlung | <input type="radio"/> ich bin versichert nach GKV-WSG (Basistarif, erweiterter Standardtarif) |
| <input type="radio"/> ich habe eine private Zusatzversicherung | |
| Name / Ort der Krankenkasse <input type="text"/> | Name / Ort der Privatversicherung <input type="text"/> |

Haben Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? wenn Ja; von _____ bis _____ Ja Nein

Haben Sie einen Röntgenpass? Ja Nein

Haben Sie einen Allergie-, Medikamentenpass? Ja Nein

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? Warum? Ja Nein

Wer ist Ihr Hausarzt?

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? Im _____ Monat (Bitte Mutterpass vorlegen) Ja Nein

Bitte nur bei Erstaufnahme beantworten:

Weshalb kommen Sie zu uns; was ist Ihr Hauptanliegen?

Haben Sie Schmerzen?

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung?

Wie/ durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Fragen zur Gesundheit: Was trifft auf Sie zu?

Stoffwechselerkrankungen

- Magen-, Darmerkrankung
- Lebererkrankung
- ☆ Nierenerkrankung, Dialyse
- ★ ☆ Zuckerkrankheit (Diabetes)
Langzeitwert HbA1c _____
- ★ Schilddrüsenerkrankung

Ansteckende Erkrankungen

- _____
- ☆ Immunschwäche (HIV+, AIDS)
- Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis)
- Tuberkulose

Herz- Kreislauferkrankungen

- _____
- Niedriger Blutdruck
- ★ Hoher Blutdruck
- ★ Herzrhythmusstörung
- ★ Herzinsuffizienz, Angina Pectoris
- ★ Herzinfarkt
- Herzschrittmacher
- ☆ Herzklappenersatz
- Arteriosklerose
- Schlaganfall
- ☆ Blutgerinnungsstörungen

Medikamenteneinnahme

- ★ ☆ _____
- Gerinnungshemmer** (ASS, Xarelto, Eliquis, Clopidogrel, Marcumar)
- Bisphosphonate** (Osteoporose)
- Cortison

Impfung

Wann war Ihre letzte Impfung? _____
Impfmittel? _____

Orthopädische Erkrankungen

- _____
- Probleme mit Wirbelsäule
- Verspannungen,
- Osteoporose
- ☆ Gelenkrheumatismus
- ☆ Künstliche Gelenke

Allergie / Unverträglichkeiten

- gegen _____
- Heuschnupfen
- Medikamente _____
- Materialien _____

Atemwegserkrankungen

- _____
- ★ Asthma
- Tbc
- Nebenhöhlen

Hauterkrankung

- _____
- Herpes
- Psoriasis

Sonstige Erkrankungen

- _____
- ★ Grüner Star (Glaukom)
- Anfallsleiden (Epilepsie)
- ★ Psychische Erkrankung
- Suchterkrankung
- ☆ Tumorerkrankung
- Angst vor der Behandlung

Frühere zahnärztliche Behandlung:

- _____
- kieferorthopädische Behandlung
- Aufbisschiene
- Zahnfleischbehandlung
- Prophylaxe, Vorsorge
- Operation

Zahnprobleme:

- _____
- empfindliche Zähne
- stört ein Zahn beim Kauen oder Schließen?

Zahnfleischprobleme

- _____
- Schleimhauterkrankung (z.B. Pilzinfektion)
- Zahnfleischbluten
- Mundtrockenheit
- Zahnlockerung oder Zahnwanderung
- Zwischenraumprobleme
- schlechter Geschmack, Mundgeruch
- Rauchen Sie _____ Zigaretten/Tag

Kiefergelenkprobleme:

- _____
- Schmerzen oder Ohrgeräusche (Tinnitus, Knacken, Reiben)
- regelmäßige Kopfschmerzen
- Mundöffnungsbehinderung
- Knirschen Sie mit den Zähnen
- Schmerzen beim Kauen

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die **Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Anästhesie** eingeschränkt ist.

Wir bitten Sie, uns **Änderungen Ihres Gesundheitszustands** unverzüglich mitzuteilen.

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die geplante, nicht erbrachte Leistung gem. §615 Abs. 1 BGB in Rechnung gestellt werden muss.

Mit meiner Unterschrift bestätigen ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum: _____ Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten: _____

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (**DSGVO**) ein. Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar.

Datum: _____ Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten: _____
