

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:

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:

- Beratung 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, Herzschritt-
macher 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?

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: _____

Skelettsystem

- Gelenkerkrankungen
 Rheuma Osteoporose
 Muskelerkrankungen
 Fibromyalgie



ZAHNMEDIZIN AM WINTERHAFEN

DR. REEK & DR. REEK

ZAHNMEDIZIN AM WINTERHAFEN | WAHLZAHNARZT,
IMPLANTATE, KIEFERORTHOPÄDIE, KINDERZAHNARZT

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Konsumieren Sie übermäßig Alkohol? Ja Nein

Konsumieren Sie Drogen? Ja Nein

Wenn ja, in welcher Woche?

Wenn ja, wie viel Zigaretten pro Tag?

Computergesteuerte, schmerzfreie Anästhesie (Zuzahlung um € 12 je Sitzung) Ja Nein

Anmerkung: konventionelle Anästhesie ist bei uns immer um € 0!

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 €65 honoriert. Die Erstellung einer Übersichtsröntgenaufnahme, falls kein aktuelles Röntgen digital vorliegt, wird mit €85 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 €160 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