

Zahnärztlicher Anamnesebogen

für Neupatientinnen / Neupatienten und Aktualisierung bei Bestandspatientinnen / Bestandspatienten

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. Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und nach bestem Wissen. Dieser Bogen ersetzt nicht die persönliche zahnärztliche Untersuchung, Aufklärung und Einwilligung vor einer konkreten Behandlung.

Datum	Patientenstatus
____ / ____ / ____	☐ Neupatient/in ☐ Bestandspatient/in

1. STAMMDATEN UND KONTAKT

Stammdaten

Vor- und Nachname / akad. Titel	Geburtsdatum
Sozialversicherungsnummer / e-card	Sozialversicherungsträger / Krankenkasse
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefon / Mobil	E-Mail-Adresse
Rechnungsempfänger/in, falls abweichend	Zusatzversicherung, falls vorhanden
Hausarzt	Dürfen wir Ihre Befunde als Überweiser teilen? ☐ Nein ☐ Ja
Beruf	Arbeitgeber

Kontakt und Erreichbarkeit

☐ Telefon	☐ SMS / WhatsApp	☐ E-Mail
----------------------------------	---	---------------------------------

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Empfehlung von:	☐ im Vorbeigehen	☐ Google
☐ Website	☐ Facebook ☐ Instagram	☐ Docfinder
☐ Überweisung	☐ Veranstaltung welche:	☐ Sonstiges

2. EINWILLIGUNGSFÄHIGKEIT, VERTRETUNG UND VERSTÄNDLICHKEIT

Volljährigkeit ☐ volljährig ☐ minderjährig	Erwachsenenvertretung / Vorsorgevollmacht ☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar
Obsorge / gesetzliche Vertretung, falls relevant Name / Verhältnis / Kontakt:	Aufklärungssprache und Verständnis ☐ Deutsch ausreichend ☐ andere Sprache / Dolmetsch
Begleitperson bei Gespräch / Aufklärung ☐ Nein ☐ Ja, Name:	Besonderer Unterstützungsbedarf ☐ Nein ☐ Ja, welcher:

3. AKTUELLER ANLASS UND ZAHNMEDIZINISCHE BESCHWERDEN

Hauptanliegen

☐ Beratung / Vorsorgeuntersuchung	☐ Professionelle Zahnreinigung Prophylaxe / Mundhygiene / Bleaching	☐ Ästhetik / Veneers
☐ Biologische Zahnmedizin	☐ Schmerzen	☐ Notfall
☐ Zahnunfall / Trauma	☐ Implantatberatung	☐ Zahnersatz / Prothetik
☐ Kiefergelenk / Knirschen	☐ Zweitmeinung	☐ Gesamtsanierung
☐ Zahnregulierung (KFO)	☐ Halitosis (Mundgeruch)	☐ Sonstiges

4. ALLERGIEN UND UNVERTRÄGLICHKEITEN

Wichtig: Bitte auch frühere Reaktionen, Verdachtsallergien und schwere Nebenwirkungen angeben. Art der Reaktion ist für die sichere Auswahl von Betäubung, Medikamenten und Materialien entscheidend.

Frage / Risikobereich	Antwort	Details / seit wann / Befund / Arzt
Anaphylaxie, Atemnot, Kreislaufreaktion oder Schwellung in der Vorgeschichte	☐ Nein ☐ Ja	Wann / wodurch:
Antibiotika, z. B. Penicillin, Amoxicillin, Clindamycin	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	Reaktion:
Chlorhexidin, Jod, Desinfektionsmittel	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	Reaktion:
Latex, Pflaster, Klebstoffe	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	Reaktion:
Lokalanästhetika / Betäubungsmittel / Adrenalinzusatz / Sulfite	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	Reaktion:
Metalle (Amalgam, Gold, Titan), Kunststoffe, Acrylate, Komposite, Abdruckmaterialien	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	Reaktion:
Nahrungsmittel, Asthma-/Heuschnupfen-Allergien mit Behandlungsrelevanz	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	Reaktion:
Schmerzmittel, z. B. Ibuprofen, Diclofenac, ASS, Metamizol, Paracetamol	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	Reaktion:

5. MEDIKAMENTE UND BEHANDLUNGSTOFFE

Bitte Medikamentenliste, Allergiepass, Implantatpass, Marcoumar-/Antikoagulationsausweis oder Fotos der Packungen mitbringen. Medikamente, insbesondere Blutverdünner, niemals eigenmächtig vor einer zahnärztlichen Behandlung absetzen.

Besonders wichtige Medikamentengruppen

☐ Blutverdünner	☐ ASS / Clopidogrel	☐ Bisphosphonate	☐ Denosumab
☐ Kortison	☐ Immunsuppressiva	☐ Chemo- / Immuntherapie	☐ Antiangiogen
☐ Insulin / Diabetes	☐ Psychopharmaka	☐ Asthmaspray	☐ Naturpräparate
☐ Antibabypille	☐ Schmerzmittel	☐ Antidiabetika	☐ Sonstige
☐ Aspirin, Marcoumar, Plavix, Xarelto, usw.		☐ Weitere:	

6. ALLGEMEINE GESUNDHEIT

Bitte Zutreffendes ankreuzen und Details eintragen. Wenn Sie unsicher sind, bitte „unklar“ ankreuzen.

Frage / Risikobereich	Antwort	Details / seit wann / Befund / Arzt
Angeborener Herzfehler, Schrittmacher oder Defibrillator?	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	Details:
Asthma, COPD, Schlafapnoe oder Atemnot?	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	Notfallspray / Gerät:
Atemwegs-, Lungenerkrankung	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	
Blutgerinnungsstörung, Hämophilie, von-Willebrand-Syndrom?	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	Details:
Bluthochdruck oder niedriger Blutdruck?	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	Werte / Medikamente:
Diabetes Typ 1 oder Typ 2?	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	HbA1c / Insulin:
Epilepsie, Krampfanfälle oder Ohnmachtsneigung?	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	Letzter Anfall:
Fibromyalgie	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	
Frühere infektiöse Endokarditis?	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	Wann:
Gelenkerkrankungen	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	
Glaukom, Grüner Star	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	
Hepatitis	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	☐ A ☐ B ☐ C

Herzinfarkt, Stent, Bypass, Angina pectoris?	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	Wann:
Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe oder Klappenrekonstruktion?	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	Welche:
Herzmuskelentzündung	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	
HIV, Hepatitis B/C, Tuberkulose oder andere behandlungsrelevante Infektion?	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	Details:
Immunsuppression	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	
Lange Blutung nach Zahnentfernung, Operation oder Verletzung?	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	Details:
Leber-Nierenerkrankung	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	
Magen-Darmerkrankung	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	
Muskelerkrankungen	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	
Osteoporose oder Knochenstoffwechselerkrankung?	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	Therapie:
Rheuma, Osteoporose	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	
Rhythmusstörungen	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	
Schilddrüsenerkrankung?	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	Über-/Unterfunktion:
Schlaganfall, TIA, Thrombose oder Embolie?	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	Wann:
Sonstige wichtige Erkrankungen, Operationen oder Krankenhausaufenthalte?	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	Welche / wann:
Tumorerkrankungen	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	Welche?

Schwangerschaft und Stillzeit

Frage / Risikobereich	Antwort	Details / seit wann / Befund / Arzt
Besteht eine Schwangerschaft?	☐ Nein ☐ Ja ☐ möglich	Schwangerschaftswoche:
Stillen Sie derzeit?	☐ Nein ☐ Ja	
Risikoschwangerschaft, Schwangerschaftsdiabetes oder ärztliche Einschränkungen?	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	Details:

7. BESONDERE RISIKEN VOR CHIRURGIE, IMPLANTATEN, EXTRAKTIONEN UND SEDIERUNG

Frage / Risikobereich	Antwort	Details / seit wann / Befund / Arzt
Alkoholkonsum?	☐ Nein ☐ Ja ☐ früher	Menge pro Tag:

Bisphosphonate oder Denosumab als Tablette oder Infusion jemals eingenommen?	☐ Nein ☐ Ja ☐ unklar	Name / Zeitraum / Grund:
Drogenkonsum?	☐ Nein ☐ Ja ☐ früher	Menge pro Tag:
Rauchen / Vaping / Nikotin?	☐ Nein ☐ Ja ☐ früher	Menge pro Tag:

8. DATENSCHUTZ, VERSCHWIEGENHEIT, KOMMUNIKATION UND DATENWEITERGABE

Gesundheitsdaten werden ausschließlich für Behandlung, Dokumentation, Abrechnung, Qualitätssicherung und gesetzliche Pflichten verarbeitet. Die zahnärztliche Verschwiegenheit bleibt gewahrt. Behandlungs- und Terminmitteilungen erfolgen telefonisch, per E-Mail, SMS, Whatsapp oder diskret über Mobilbox. Erforderliche Befunde können im notwendigen Umfang an Mitbehandler, Labore, Radiologie oder Versicherungen übermittelt werden.

9. BESTÄTIGUNG PATIENTIN / PATIENT

Ich bestätige, die Fragen nach bestem Wissen vollständig und richtig beantwortet zu haben. Mir ist bewusst, dass diese Angaben für eine sichere zahnärztliche Behandlung wichtig sind. Ich werde die Ordination vor jeder Behandlung über Änderungen informieren, insbesondere über neue Medikamente, Allergien, Schwangerschaft, Krankenhausaufenthalte, Operationen oder neue Diagnosen. Mir ist bekannt, dass vor konkreten Behandlungen eine gesonderte zahnärztliche Aufklärung und meine Zustimmung erforderlich sind.

Notfallkontakt - Name (freiwillig)	Telefon Notfallkontakt (freiwillig)
------------------------------------	-------------------------------------

10. Terminvereinbarung und Ausfallhonorar bei unbegründetem Terminversäumnis

Unsere Ordination arbeitet ausschließlich nach Terminvereinbarung. Für Ihren Termin werden Behandlungszeit, Personal, Räumlichkeiten sowie alle erforderlichen Ressourcen verbindlich für Sie reserviert. Die Erstuntersuchung wird mit € 95 honoriert. Sofern kein aktuelles digitales Panoramaröntgen vorliegt, wird die Anfertigung einer Übersichtsröntgenaufnahme ebenfalls mit € 95 verrechnet. Beide Leistungen können bei der jeweiligen Krankenkasse zur teilweisen Kostenrückerstattung eingereicht werden. Die Anfertigung einer digitalen Volumentomografie (DVT, 3D-Röntgen) wird mit € 180 honoriert.

Um einen reibungslosen Ordinationsablauf zu gewährleisten, ersuchen wir um eine rechtzeitige Terminabsage während der Ordinationszeiten – bei Standardterminen mindestens 24 Stunden, bei Lang-, OP-, Implantat-, Sedierungs-, Narkose-, Prothetik-, Labor- und Materialterminen mindestens 48 Stunden im Voraus; nach Wochenenden oder Feiertagen gilt der letzte vorhergehende Ordinationstag. Absagen sind telefonisch unter +43 (0) 732 77 66 170 oder per E-Mail an office@wieder-fest-beissen.at möglich.

Bei nicht rechtzeitig abgesagten oder unentschuldigt versäumten Terminen kann – sofern die reservierte Behandlungszeit nicht anderweitig vergeben werden kann – gemäß den geltenden Autonomen Honorar-Richtlinien der Österreichischen Zahnärztekammer (ÖZÄK) ein angemessenes Ausfallhonorar verrechnet werden. Dieses beträgt € 95 für Erstberatungen bzw. Vorsorgeuntersuchungen (bis 30 Minuten), € 140 für Mundhygiene bzw. Prophylaxe (bis 60 Minuten) und € 240 für Behandlungs- bzw. Langzeitermine der biologischen Zahnmedizin. Für OP-, Implantat-, Sedierungs- oder laborgebundene Termine richtet sich das Ausfallhonorar nach der jeweils individuellen Termin- und Kostenvereinbarung bzw. dem OP-Plan. Eine rechtzeitige Absage, eine erfolgreiche Ersatzvergabe oder ein unverzüglich mitgeteilter wichtiger, unvorhersehbarer Verhinderungsgrund schließen die Verrechnung eines Ausfallhonorars aus. Das Ausfallhonorar dient ausschließlich dem Ausgleich der freigehaltenen, nicht anderweitig nutzbaren Behandlungszeit und betrifft keine nicht erbrachte zahnärztliche Leistung.

Vereinbarung: Ich habe den Hinweis zum Ausfallhonorar gelesen, verstanden und vor bzw. spätestens bei der Terminvereinbarung erhalten. Ich vereinbare mit der Ordination, dass bei unbegründetem Nichterscheinen oder nicht rechtzeitiger Absage eines konkret für mich reservierten Termins ein angemessenes Ausfallhonorar nach obiger Regelung verrechnet werden kann. Ich werde Termine, die ich nicht wahrnehmen kann, ehestmöglich absagen und wichtige Gründe unverzüglich mitteilen.

Datum		Ort	
Name Patient/in bzw. gesetzliche Vertretung			
Unterschrift			