ANMELDE- & ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich willkommen bei BonnSmile – schön, dass Sie da sind! Eine persönliche, auf Ihre Gesundheit und Ihre Wünsche abgestimmte Behandlung liegt uns besonders am Herzen. Dafür benötigen wir einige persönliche und gesundheitliche Angaben von Ihnen. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

INFORMATION – VERSÄUMNIS VON TERMINEN

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Daher planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen, entsteht in unserer Praxis Leerlauf. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden, bei Terminen, die für 1 Stunde oder länger angesetzt sind, mindestens 48 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach Zeitaufwand und der geplanten Behandlung in Rechnung zu stellen (§ 615 BGB), wenn wir den Termin nicht anderweitig vergeben können.

PATIENTENDATEN

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße/Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort
Telefon Festnetz/Mobil	E-Mail Adresse	Beruf
Hausarzt	Gesetzlich versichert: ☐	Zusatzversicherung: ☐ Ja
	Privat versichert: ☐	☐ Nein
Krankenkasse		

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße/Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort

WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, um uns eine sichere und effektive Behandlung zu ermöglichen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Für uns steht Ihre ganzheitliche Gesundheit im Mittelpunkt, da der Mund eng mit dem Wohlbefinden des gesamten Körpers verbunden ist. Mit Ihren Antworten können wir Ihre Behandlung optimal auf Sie abstimmen und mögliche Zusammenhänge erkennen, die für Ihre Gesundheit wichtig sind.

- ☐ Asthma/Lungenkrankheit
- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Lähmungen
- ☐ Blutgerinnungsstörungen
- ☐ Epilepsie
- ☐ Depressionen/Psychosen
- ☐ Nervenerkrankungen

- [ ] Gelbsucht
- [ ] Lebererkrankungen
- [ ] Immunerkrankungen (z.B. HIV)
- [ ] Diabetes (Zuckerkrankheit)
- [ ] Rheuma
- [ ] Bluterkrankungen
- [ ] Hypotonie (niedriger Blutdruck)
- [ ] Hypertonie (hoher Blutdruck)
- [ ] Drogenabhängigkeit
- [ ] Osteoporose
- [ ] Wundheilungsstörungen
- [ ] Tumorerkrankungen
- [ ] Frühere Parodontitisbehandlungen
- [ ] Herzschrittmacher
- [ ] Hepatitis
- [ ] Allergien:

Sonstige Erkrankungen/
andere Angaben:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	☐ Nein	☐ Ja: Welche?	
Bestehen Medikamentenunverträglichkeiten?	☐ Nein	☐ Ja: Welche?	
Rauchen Sie?	☐ Nein	☐ Ja: Wie viel?	Zigaretten/Tag
Sind Sie schwanger oder stillen Sie?	☐ Nein	☐ Ja	Schwangerschaftswoche

MIT MEINER UNTERSCHRIFT BESTÄTIGE ICH DIE VOLLSTÄNDIGKEIT UND RICHTIGKEIT MEINER ANGABEN SOWIE, DIE HINWEISE AUF DIESEM ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN ZUR KENNTNIS GENOMMEN ZU HABEN.

X

Ort, Datum **Unterschrift** des Patienten (ggf. gesetzlicher Vertreter*)

UNSER SERVICE FÜR SIE
Bitte ankreuzen, wenn gewünscht.

Um Ihre Zähne langfristig gesund zu erhalten, möchten wir Sie gerne mit unserem Erinnerungs- und Vorsorge-Service unterstützen.

☐ **Terminerinnerung**
Ich möchte an bereits vereinbarte Termine in der Zahnarztpraxis BonnSmile erinnert werden.

☐ **Vorsorge-System**
Ich möchte in das Vorsorge-System der Zahnarztpraxis BonnSmile aufgenommen und regelmäßig an meine halbjährlichen Kontrolluntersuchungen sowie empfohlene Termine zur professionellen Zahnreinigung und Prophylaxe erinnert werden.

Die Kontaktaufnahme darf erfolgen über (Mehrfachauswahl möglich):

Post ☐ E-Mail ☐ Anruf ☐

KOMMUNIKATION MIT UNSERER PRAXIS

Ich bin damit einverstanden, dass die Zahnarztpraxis BonnSmile mich zu organisatorischen und behandlungsbezogenen Angelegenheiten über die von mir angegebenen Kontaktdaten per Post, E-Mail oder telefonisch kontaktieren darf.

Mir ist bekannt, dass bei gewöhnlicher unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation ein vollständiger Schutz vor einer Kenntnisnahme durch unbefugte Dritte technisch nicht gewährleistet werden kann.

Die Einwilligungen sind freiwillig und können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

X

Ort, Datum **Unterschrift** des Patienten (ggf. gesetzlicher Vertreter*)

*Bei minderjährigen bzw. soweit erforderlich: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters.