



Dr. Elke Luthardt  
Zahnärztin  
Breslauer Ring 40  
61381 Friedrichsdorf

Telefon: 06172 / 72192  
Telefax: 06172 / 398359

## Anamnesebogen

Patient Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_  
Geschlecht  männlich  weiblich  divers Geburtsort \_\_\_\_\_  
Ggf. Hauptversicherter Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_  
Kontaktdaten Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Name der  gesetzlichen  privaten Krankenversicherung \_\_\_\_\_  
 Private Zusatzversicherung  Kostenerstattung  Beihilfeberechtigt  Senioren-Basistarif

Hausarzt Name / Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

### Allgemeiner Gesundheitszustand

	ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokarditis, Herzklappenfehler oder -ersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt, Herzoperation, ggf. wann _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Herzerkrankungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma, Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung, Hepatitis <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma, Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressionen, Nervenerkrankungen, Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose (Tbc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV-Infektion, Aids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Region \_\_\_\_\_  
wann \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen  ja  nein  
welche \_\_\_\_\_

Allergien, Unverträglichkeiten  ja  nein  
 Lokalanästhetika (Spritzen) \_\_\_\_\_  
 Antibiotika \_\_\_\_\_  
 Schmerzmittel \_\_\_\_\_  
 Metalle \_\_\_\_\_  
 sonstige \_\_\_\_\_

Organtransplantation  ja  nein  
Medikamentöse Chemotherapie  ja  nein  
Strahlentherapie im Kopf-/Halsbereich  ja  nein

### Medikamente

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung?  ja  nein  
Haben Sie in den letzten 10 Tagen  ja  nein  
Schmerzmedikamente genommen?

ja nein  
Nehmen Sie aktuell oder haben Sie früher  ja  nein  
Bisphosphonate (Medikamente zur Behandlung von  
Osteoporose, Knochenmetastasen...) genommen?  
Wenn ja, welche, seit wann / bis wann?  
\_\_\_\_\_

Nehmen Sie Immunsuppressiva?  ja  nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Sonstige Fragen

Tragen Sie Kontaktlinsen?  ja  nein

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

Wenn ja, welche Woche \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_  ja  nein

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie oft?

täglich  wöchentlich  seltener

Nehmen Sie Drogen oder waren Sie  ja  nein  
drogenabhängig?

### Zahn-Mund-Situation

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?  ja  nein

Tragen Sie festsitzenden (Kronen, Brücken)  ja  nein  
oder herausnehmbaren (Prothesen) Zahnersatz?

Wenn ja, wie alt ist dieser ca.? \_\_\_\_\_

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen  ja  nein

oder leiden Sie unter Kiefergelenksbeschwerden?

Wann war Ihre letzte zahnärztliche

Röntgenuntersuchung? \_\_\_\_\_

\* Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer  ja  nein  
Zähne zufrieden?

\* Wünschen Sie eine regelmäßige  ja  nein  
professionelle Zahnreinigung?

\* Wünschen Sie eine Aufklärung über  ja  nein  
hochwertige Füllungsmaterialien?

## **Sehr geehrte Patienten,**

meine Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel Wartezeiten erspart bleiben. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, diese spätestens 48 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten. So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt und eingehalten wird.

Im Falle einer Weiter- bzw. Mitbehandlung durch andere Zahnärzte / Ärzte entbinde ich Frau Dr. Elke Luthardt von der Schweigepflicht und erkläre mich einverstanden, dass meine zahnärztlichen Behandlungsunterlagen (Behandlungsblätter, Röntgenbilder, Modelle usw.) sowie weitere Auskünfte über die betreffende Behandlung auf Anforderung an weiter- bzw. mitbehandelnde Zahnärzte / Ärzte übersandt werden.

Ich verpflichte mich, rechtzeitig Änderungen meiner Adresse, Telefonnummer und sonstigen Personalien sowie meines Gesundheitszustandes mitzuteilen.

*Hinweis für sozialversicherte Patienten:* Laut Kassenvertrag soll bei Nichtvorlage der Krankenversichertenkarte eine Privatabrechnung erfolgen, wenn die Karte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorliegt. Bitte vermeiden Sie diese Maßnahme!

*Hinweis für privatversicherte und beihilfeberechtigte Patienten:* Die Rechnungsstellung erfolgt gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte / Ärzte. Erstattungseinschränkungen gemäß den Bestimmungen Ihres Versicherungstarifes oder restriktive Beihilfeverordnungen können bei der Rechnungslegung nicht berücksichtigt werden. Material und Laborkosten werden gemäß GOZ § 9 nach tatsächlichem Aufwand berechnet.

**Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass nach einer örtlichen Betäubung im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein kann!**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Die Datenschutzerklärung gemäß Art. 13 DSGVO liegt zur Einsicht im Wartebereich aus, gerne können wir Ihnen diese auch aushändigen.

Der Speicherung meiner Daten stimme ich zu.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter \_\_\_\_\_

**Bitte füllen Sie die Vorderseite vollständig aus!**