



## Zahnmedizinisches Versorgungszentrum Medeco Hamburg GbR

### ANAMNESEBOGEN

#### Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

**Ihr Medeco Team.**

### Persönliches

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

---

Straße

PLZ, Ort

---

Telefon Festnetz

Telefon Arbeit

Telefon Mobil

---

E-Mail

Beruf, Arbeitgeber

Arbeitssuchend

### Versicherung

---

Krankenkasse

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Basistarif

Beihilfeberechtigt

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

---

Straße

PLZ, Ort

### Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Persönliche Empfehlung durch \_\_\_\_\_  Im Vorbeigehen

Überweisender Arzt \_\_\_\_\_  Internet: \_\_\_\_\_  Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Allgemeine Gesundheitssituation

ja nein  
Hoher Blutdruck    
Niedriger Blutdruck    
Blutgerinnungsstörung    
Schlaganfall    
Diabetes    
Herzerkrankungen    
wenn ja, welche:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Schilddrüsenerkrankung    
Rheumatische Krankheiten    
Allergien    
wenn ja, welche:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ja nein  
Infektionserkrankungen    
HIV    
Hepatitis    
Sonstige: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein?    
wenn ja, welche:  
 Herzmedikamente: \_\_\_\_\_  
 Cortison: \_\_\_\_\_  
 Schmerzmittel: \_\_\_\_\_  
 Antidepressiva: \_\_\_\_\_  
 blutverdünnende Medikamente  
(z.B. ASS, Marcumar, Heparin): \_\_\_\_\_  
 Bisphosphonate  
 Antibiotika: \_\_\_\_\_  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?    
Genussmittel (Alkohol, Drogen)    
Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger?    
wenn ja, welche Woche: \_\_\_\_\_

## Mundgesundheitsituation

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

Vorsorgeuntersuchung  Beratung  Schmerzbehandlung  
 Neuer Zahnersatz  Überweisung Zahnarzt  Zweite Meinung  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wann wurde die letzte Röntgenaufnahme Ihrer Zähne angefertigt? \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

ja nein  
Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?    
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?    
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?    
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?    
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?    
Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie halbjährlich/jährlich an Ihre Vorsorge zu erinnern?    
Terminerinnerung:  Brief  E-Mail  Telefon  
Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?  
\_\_\_\_\_

Bitte Bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Hamburg, den \_\_\_\_\_  
Datum (Unterschrift Patient)

Hamburg, den \_\_\_\_\_  
Datum (Unterschrift Zahnarzt)

Liebe Patientin, lieber Patient,

unser MVZ Medeco Hamburg wird nach Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel die vielfach üblichen Wartezeiten erspart bleiben.

Wenn Sie Ihren vereinbarten Termin nicht einhalten können, müssen Sie diesen spätestens 24 Stunden vorher absagen, andernfalls können dadurch erhebliche finanzielle Einbußen durch Ausfallzeiten des Praxisteam entstehen. Dies gilt insbesondere dann, wenn in der für Sie vorgesehenen Behandlungszeit keine anderen Patienten behandelt werden können. Durch die Absage spätestens 24 Stunden vorher, können wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen.

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 wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt oder eingehalten wird, es sei denn, Ihr Fernbleiben war unverschuldet. In diesem Fall haben Sie uns die Gründe unverzüglich mitzuteilen und gegebenenfalls nachzuweisen. (Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen, dadurch kann es zu Zeitverzögerungen kommen.)

Ich habe diese Information zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

Hamburg, den \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift Patient

Patient Nr.: \_\_\_\_\_