

Zahnarztpraxis Dr. Riemer
Lötzeener Straße 4
76139 Karlsruhe

Tel. 0721-687080
info@riemer-zahnarzt.de
www.riemer-zahnarzt.de



Dr. Lennart
Riemer

ZAHNARZTPRAXIS

Anamnese

Persönliche Daten

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße		PLZ, Ort
Telefon Festnetz	Telefon mobil	E-Mail
Arbeitgeber (freiwillige Angabe)	Beruf (freiwillige Angabe)	Telefon geschäftlich (freiwillige Angabe)

Versicherung

Krankenkasse

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung |
| <input type="checkbox"/> privat versichert | <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt |
| <input type="checkbox"/> Basistarif privat | |

Bitte ergänzen, sofern Sie einen gesetzlichen Betreuer haben

Name	Vorname	Telefon Festnetz	Telefon mobil
------	---------	------------------	---------------

Bitte ergänzen, sofern Mitglied und Zahlungspflichtiger der Versicherung nicht identisch sind

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße		PLZ, Ort	

Hausarzt

Name	PLZ, Ort
------	----------

Grund Ihres Besuchs?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung | <input type="checkbox"/> Endodontie/Wurzelkanalbehandlung | <input type="checkbox"/> Beratung |
| <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung | <input type="checkbox"/> ästhetische Zahnmedizin | <input type="checkbox"/> 2. Meinung |
| <input type="checkbox"/> Prophylaxe | <input type="checkbox"/> Implantologie | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Hiermit entbinde ich die ehemalige Zahnarztpraxis Dr. Oliver Blum vom Arztgeheimnis wie folgt: Ich erteile die Erlaubnis, meine medizinische Akte zur Einsicht an die Zahnarztpraxis Dr. Lennart Riemer weiterzuleiten.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in oder Erziehungsberechtigte/-r

ALLGEMEINE GESUNDHEITSFRAGEN

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

Haben/hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

- Asthma/Lungenerkrankung ja nein
Diabetes ja nein
Rheuma ja nein
Augenerkrankung (z. B. Glaukom) ja nein
Magen-Darm-Erkrankung ja nein
Osteoporose ja nein

Wenn ja, welche Therapien/Medikamente wurden durchgeführt/verordnet? _____

- Tuberkulose ja nein
HIV-Infektion ja nein
Hepatitis A/B/C ja nein
sonstige Leberkrankheiten ja nein
Lähmungen ja nein
Epilepsie ja nein
Bluterkrankungen ja nein
Blutgerinnungsstörungen ja nein
Krankenhauskeim MRSA ja nein
Schilddrüsenerkrankungen ja nein
Nierenfunktionsstörungen ja nein
Herzinfarkt ja nein
Schlaganfall ja nein
Endokarditis (Herzklappenentzündung) ja nein
Herzklappenersatz/-erkrankung/-defekt ja nein

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

- Bisphosphonate ja nein
blutverdünnende Mittel ja nein
(ASS, Eliquis, Xarelto, Marcumar)
Wenn ja, welche? _____
Sonstiges? _____

Allergien/Unverträglichkeiten

Bestehen Allergien? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Allgemeine Angaben

Wie ist Ihr Blutdruck? niedrig normal hoch

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Sind Sie stammzellen-/organtransplantiert? ja nein

Haben Sie künstliche Gelenke? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____

Liegt/Lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor? ja nein

Unfalldatum _____

Haben/Hatten Sie eine Chemotherapie? ja nein

Haben/Hatten Sie eine Strahlentherapie? ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat sind Sie? _____

Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

Bestehen Suchtkrankheiten? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben/Hatten Sie einen Tumor? ja nein

Wenn ja, welchen? _____

Sonstige Angaben/andere Krankheiten? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Andernfalls behalten wir uns vor, Ihnen den versäumten Termin in Rechnung zu stellen. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in oder Erziehungsberechtigte/-r