

## MEDIZINISCHE ANAMNESE

Allgemeinerkrankungen haben Auswirkungen auf Ihre Zähne, Ihr Zahnfleisch und Ihre Kiefergelenke. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sie dienen ausschließlich dazu, Ihren allgemeinen Gesundheitszustand bei der zahnärztlichen Behandlung angemessen mit einzubeziehen. Danke für Ihre Mitarbeit.

1. Infektionen, Mandelentzündungen

---

2. Herz-Kreislauf

---

3. Atemsystem Lunge, Nasennebenhöhlen

---

4. Verdauungsorgane Leber, Galle

---

5. Stoffwechselerkrankungen

---

6. Allergien, Haut

---

7. Niere, Blase, Unterleib

---

8. Psychische Probleme (auch Therapie?)

---

9. Rheumatische oder chronische Erkrankungen

---

10. Hormonelle Erkrankungen

---

11. Spezielle Probleme, sonstige Krankheiten oder Operationen

---

12. Arzneimittelüberempfindlichkeit gegen

---

13. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

---

14. Pro Tag                      Tassen Kaffee                      Zigaretten                      Alkohol                      Süßigkeiten

---

## ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

15. Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

---

16. Knirschen oder pressen Sie mit Ihren Zähnen?

---

17. Haben Sie beim Kauen Beschwerden?

---

18. Haben Sie Zahnfleischbluten oder -rückgang?

---

19. Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche, auf welcher Seite?

---

20. Haben Sie manchmal Schmerzen vor, hinter oder im Ohr?

---

21. Leiden Sie an Kopfschmerzen morgens, mittags, abends?

---

22. Leiden Sie unter Verkrampfung oder Ziehen im Kopf, Nacken oder Hals?

---

23. Haben Sie manchmal das Gefühl von Trockenheit oder Brennen im Mund?

---

24. Müssen Sie einen Platz suchen, um die Zähne richtig zu schließen?

---

25. Hatten Sie jemals Beschwerden im Kopf oder Nacken nach einem Unfall?

---

26. Hatten Sie jemals eine kieferorthopädische Behandlung?

---

27. Beeinflussen die angeführten Beschwerden Ihr Wohlbefinden oder Ihre Schaffenskraft?

---

28. Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung, was wurde gemacht?

---

## PERSÖNLICHE ANGABEN

Vorname:	Name:	Geb.:
Versicherte/r:	eMail:	Geb.:
Telefon privat:	Telefon geschäftlich:	
Krankenkasse:	Zusatzversicherung:	
Beihilfeberechtigt:	Freiwillig versichert:	
PLZ/Wohnort:	Straße:	
Beruf:		

Lieber Patient,

um unseren Verwaltungsaufwand möglichst gering zu halten, haben wir unsere Abrechnung der HZA, Hanseatische Zahnärztliche Abrechnungs- und Service-Gesellschaft mbH übertragen. So haben wir mehr Zeit, die speziell Ihnen zu Gute kommt. Wir möchten Sie deshalb bitten, uns Ihre Zustimmung mit der Unterzeichnung der folgenden Einverständniserklärung zu erteilen.

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe) an die HZA Hanseatische Zahnärztliche Abrechnungs- und Service-Gesellschaft GmbH
- mögliche Einholung einer Information bei einer Auskunft zur Prüfung meiner Bonität
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die HZA
- im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch die HZA an die Deutsche Apotheker- und Ärztekbank e.G., Düsseldorf

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die HZA die Leistungen meiner Behandlerin/meines Behandlers mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Behandlerin/der Behandler in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Behandlerin/meinen Behandler von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist. Eine Mehrfertigung dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen. Es besteht jedoch die Möglichkeit, diese vor weiteren Behandlungen zu widerrufen.

Ort/Datum

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter\*

Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis  
Jens-Uwe Jessen  
Dr. Dierk Remberg  
Dr. Jürgen Ludolph  
Thorsten Kurtz

Lehmweg 17 20251 Hamburg Telefon 040. 42 10 100

\* Bei Personen unter 18 Jahren / Geschäftsunfähigen / beschränkt Geschäftsfähigen