

**Zahnärztliches Medizinisches Versorgungszentrum RÜ104 GmbH
Dr. med. dent. Bernd Rohlfing M.Sc. M. Sc. & Kollegen
Zentrum für zahnärztliche Schlafmedizin**

Anamnesebogen für Patienten*innen zur **Unterkieferprotrusionsschiene (Schnarchschiene)**

Liebe Patientin, Lieber Patient,

bitte füllen Sie den Anamnesebogen möglichst vollständig aus. So können wir Vorsorge und Behandlungen individuell auf Sie abstimmen. Der Anamnesebogen dient als Ergänzung zum persönlichen Beratungsgespräch, und alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Beruf: _____

Adresse: _____

Telefon privat: _____ Telefon mobil: _____

Telefon Büro: _____ E-Mail: _____

Arbeitgeber, Ort: _____

Krankenkasse bzw. Krankenversicherung: _____

Haben Sie eine private Zahn-Zusatzversicherung? ja nein

Für privat versicherte Patienten:

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

Sind Sie im Basistarif versichert? ja nein

Wenn Sie nicht selbst krankenversichert sind, wer ist der Versicherte?

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Bei zuzahlungspflichtigen Behandlungen: Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Anliegen:

- Beratungsgespräch Schnarchtherapie und zahnärztliche Schlafmedizin
- Anfertigung einer Unterkiefer Protrusionsschiene

Angaben Ihres Zahnarztes:

Praxis: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Allgemeiner Gesundheitszustand:

Wann wurden Sie das letzte Mal im Kopfbereich geröntgt? _____

Zahnärztliches Medizinisches Versorgungszentrum RÜ104 GmbH
Dr. med. dent. Bernd Rohlfing M.Sc. M. Sc. & Kollegen
Zentrum für zahnärztliche Schlafmedizin

Waren Sie bis vor Kurzem oder sind Sie noch in ärztlicher Behandlung? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Liegt eine Unverträglichkeit gegenüber Medikamenten vor? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Liegen Allergien vor? ja nein unbekannt

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Rauchen Sie? Wenn ja wie viele Zigaretten/Tag? _____

Leiden oder litten Sie an einer Krankheit in folgenden Bereichen?

Erkrankungen des Herzens (Herzinfarkt, Angina Pectoris...)

ja nein unbekannt

Erkrankungen des Kreislaufes

ja nein unbekannt

hoher Blutdruck

ja nein unbekannt

niedriger Blutdruck

ja nein unbekannt

Störungen der Blutgerinnung, häufiges Nachbluten

ja nein unbekannt

Blutarmut

ja nein unbekannt

Schlaganfall

ja nein unbekannt

Erkrankungen der Leber (z.B. **Hepatitis A, B oder C, Gelbsucht**)

Oder Erkrankungen wie **MRSA oder die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit**

ja nein unbekannt

Diabetes (Zuckerkrankheit) **zuletzt gemessener HbA1c-Wert** _____

ja nein unbekannt

Erkrankungen des Magen-Darmtraktes

ja nein unbekannt

Erkrankungen der Nieren

ja nein unbekannt

Erkrankungen der Nerven

ja nein unbekannt

Anfallsleiden/Krampfleiden (z. B. Epilepsie)

ja nein unbekannt

Migräne

ja nein unbekannt

Erkrankungen der Schilddrüse

ja nein unbekannt

Infektionskrankheiten

(z.B. Tbc, AIDS/HIV, Hepatitis, etc.)

ja nein unbekannt

Wenn ja, welche: _____

Rheuma/Gicht

ja nein unbekannt

Asthma

ja nein unbekannt

Unfall, Verletzungen, Operationen im Kopfbereich

ja nein unbekannt

Haben Sie andere ernsthafte Erkrankungen, die noch nicht aufgeführt wurden?

Wenn ja, welche: _____

Besteht eine Schwangerschaft oder die Wahrscheinlichkeit?

ja, Monat: _____ nein

Ich möchte alle 6 Monate kostenlos an die Vorsorgeuntersuchung erinnert werden! ja nein

Zahnärztliches Medizinisches Versorgungszentrum RÜ104 GmbH
Dr. med. dent. Bernd Rohlfing M.Sc. M. Sc. & Kollegen
Zentrum für zahnärztliche Schlafmedizin

Da wir unseren Praxisablauf nach einem Bestellsystem führen, können wir kurzfristig abgesagte oder versäumte Termine in der Kürze der Zeit nicht neu vergeben und uns entstehen ungenutzte Leerlaufzeiten.

Daher bitten wir Sie Ihre Termine **mindestens 24 Stunden** vorher abzusagen, sonst 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.

Datum, Unterschrift _____

Vielen Dank!
Ihr Team RUE104