

# Anamnesebogen

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf Ihre zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie darum, diesen Anamnesebogen auszufüllen. Bitte beachten Sie, dass alle Angaben natürlich der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, Ihren Gesundheitszustand bei unserer Behandlung zu beachten. Ihre Angaben werden von uns digital gespeichert, unterliegen natürlich den Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient: Herr/Frau    Name \_\_\_\_\_    Vorname \_\_\_\_\_    geb./Ort \_\_\_\_\_  
Mitglied/Versicherter:    Name \_\_\_\_\_    Vorname \_\_\_\_\_    geb./Ort \_\_\_\_\_  
Anschrift:    PLZ \_\_\_\_\_    Ort \_\_\_\_\_  
                  Straße/Nr. \_\_\_\_\_    E-Mail \_\_\_\_\_  
                  Telefon \_\_\_\_\_    mobil \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_    Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse/Privatkrankenkasse \_\_\_\_\_

Privat versichert     Privat versichert (Basistarif)     Gesetzlich versichert     Beihilfe berechtigt     Zusatzversicherung

## Grund meines Besuchs:

Kontrolle     Schmerzen     Blutung     Knirschen     Schnarchen     Beratung     Sonstiges

## Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (freiwillige Angabe)

Empfehlung     Internet     Gelbe Seiten     Social Media     Zufällig     Sonstiges

## Worüber möchten Sie mehr wissen? (freiwillige Angabe)

Implantate     Schnarchtherapie     Zahnaufhellung     unsichtbare Zahnspange     Laserbehandlung     Intraoral-Scanner

## Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des:

| Herz                     | Ja                    | Nein                  |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Zustand nach Herzinfarkt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzinsuffizienz         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Muskelentzündung         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Rhythmusstörungen        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Bypassoperation          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzklappenersatz        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schrittmacher            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sonstiges:               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| Blut  | Ja                    | Nein                  |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Blutarmut   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| erhöhte Blutungsneigung   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? Wenn ja, welche? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| Augen                | Ja                    | Nein                  |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Grauer Star/Katarakt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Grüner Star/Glaukom  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| Atmungswege/Lunge | Ja                    | Nein                  |
|-------------------|-----------------------|-----------------------|
| Asthma            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Bronchitis        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| Blase/Nieren     | Ja                    | Nein                  |
|------------------|-----------------------|-----------------------|
| Blasenerkrankung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nierenerkrankung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dialyse          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| Leber  | Ja                    | Nein                  |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Gelbsucht  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hepatitis  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja: A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> |                       |                       |

| Magen-Darm-Trakt | Ja                    | Nein                  |
|------------------|-----------------------|-----------------------|
| Magenerkrankung  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Darmerkrankung   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Ja | Nein

**Bewegungsapparat**

Rheuma

Rheumatoide Arthritis

Gicht

**Zentrales Nervensystem**

Epileptische Anfälle

**Stoffwechsel**

Diabetes

Schilddrüsenüberfunktion

Schilddrüsenunterfunktion

**Kreislauf**

Hoher Blutdruck

Niedriger Blutdruck

Durchblutungsstörungen

Schlaganfall

**Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen:**

Haut und /oder Geschlechtskrankheiten

HIV beziehungsweise AIDS, Tuberkulose

Osteoporose (Bisphosphonat)

Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie, Bisphosphonate)

Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung? Wenn ja, welche?

---

Ja | Nein

**Sonstige medizinisch wichtigen Informationen:**

Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?

Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

---

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich? Wenn ja, welche?

---

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviele Zigaretten pro Tag?

---

Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? Wenn ja, welche?

---

Besitzen Sie einen Röntgenpass?

Besitzen Sie einen Herzpass?

Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? Wenn ja, welche?

---

Für Patientinnen: Sind Sie zur Zeit schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?

---

**Weitere administrativ wichtige Informationen**

Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)

Dürfen wir Sie daran erinnern, Ihren nächsten Termin zur Vorsorge/professionellen Zahnreinigung zu vereinbaren?

Ja, ich möchte am Erinnerungsservice teilnehmen. Die Teilnahme ist unverbindlich und kann jederzeit von mir widerrufen werden.

Bitte erinnern Sie mich per Post  E-Mail  SMS

Worms, Datum      Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass infolge einer örtlichen Betäubung die Reaktionsfähigkeit, insbesondere beim Führen eines Fahrzeuges, für ca. vier bis sechs Stunden beeinträchtigt sein kann.

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, sind weder er noch seine Mitarbeiter in der Ausfallzeit beschäftigt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (das heißt möglichst 48 Stunden vorher) abzusagen. Ausfallzeiten können nach § 615 Satz BGB § 287 ZPO berechnet werden.

Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis zur Weitergabe meiner zum Einzug meiner Forderungen notwendigen persönlichen Patienten-/Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung an die Abrechnungsgesellschaft zum Zwecke der Einziehung der zahnärztlichen Honorarforderung.

Ich bin mir darüber bewusst, dass ich alle Angaben und Einwilligungen freiwillig erteile und ich diese jederzeit widerrufen kann.

Worms, Datum      Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.