

# Anamnesebogen



Herzlich willkommen!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, damit Ihre Behandlung an Ihre Bedürfnisse und an Ihren Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne!

Selbstverständlich unterliegen sämtliche Informationen, die Sie uns geben, der ärztlichen Schweigepflicht.

Wir führen eine Bestellpraxis. Das bedeutet, dass für Sie keine oder fast keine Wartezeiten entstehen.

**Wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen**, da wir dann die für Sie reservierte Zeit anderweitig vergeben können. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten, sondern begründet zugleich beiderseitig vertragliche Pflichten. So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen oder nicht einhalten, **die vorgesehene ungenützte Zeit mit mindestens 10,- € in Rechnung gestellt werden, es sei denn es trifft Sie kein Verschulden.**

Kassenpatienten sind bei uns nicht „Kunden zweiter Klasse“!

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r**

Wir setzen uns für die optimale Zahnpflege und Zahnerhaltung eines jeden unserer Patienten ein. Jedoch werden viele unserer Behandlungsmethoden nicht oder nur teilweise von den Krankenkassen bezahlt.

In einigen Fällen werden Sie persönlich für die Behandlung aufkommen müssen. Wir informieren Sie vor der Behandlung bei uns über den Umfang dieser Leistungen, die Ihnen auch als Kassenpatient die Möglichkeiten einer zahnärztlichen Behandlung auf dem höchsten, aktuellen und wissenschaftlich fundierten Niveau eröffnet.

Patient/in: \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Versicherte/r: \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_  
privat mobil geschäftlich

E-Mail: \_\_\_\_\_ ggf. Fax privat: \_\_\_\_\_

Empfohlen durch: \_\_\_\_\_

**Krankenversicherung:**       gesetzliche Krankenkasse (GKV)       gesetzliche Krankenkasse + Zusatzversicherung  
    private Krankenkasse (PKV)       PKV/ Basistarif

**Name der Krankenversicherung:** \_\_\_\_\_

## Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Blutet Ihr Zahnfleisch?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Sind Ihre Zähne gelockert?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Berichtet Ihr Umfeld über Knirsch- oder Klappergeräusche im Schlaf?			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Schmerzen und/ oder Ermüdung der Kaumuskulatur?			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie vorübergehende Schläfenkopfschmerzen?			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Schwierigkeiten bei der Mundöffnung?			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie empfindliche Zähne am Morgen?			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Kiefergelenksschmerzen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie herausnehmbaren Zahnersatz?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wurden Röntgenbilder erstellt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Sind Sie zufrieden mit dem Aussehen Ihrer Zähne? (Farbe, Form, Stellung)			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
<b>Möchten Sie regelmäßig an eine Kontrolluntersuchung (Recall) erinnert werden? (SMS/Mail)</b>			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
<b>A "W Hb`GJ`Ub`à fYb`HYfa ]bY`Yf]bbYfhk YfXYb? fGA G/A U]Ł</b>			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

**Bitte wenden!**

**Medizinische Befunderhebung**  
**Besteht, bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?**

Allergien (Allergiepass)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche? _____
Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche? _____
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche? _____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche? <input type="checkbox"/> Typ I <input type="checkbox"/> Typ II
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche? <input type="checkbox"/> Überfunktion <input type="checkbox"/> Unterfunktion <input type="checkbox"/> _____
Erhöhter Augeninnendruck (Glaukom)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Herz-, Kreislaufferkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche? <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> Angina pectoris <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung <input type="checkbox"/> Schlaganfall (Apoplex) <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck (Hypertonie) <input type="checkbox"/> verminderter Blutdruck (Hypotonie)
Erkrankungen der blutbildenden Organe	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche? <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> Immunmangel-Syndrom (AIDS) <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Magen-, Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche? <input type="checkbox"/> chron. Niereninsuffizienz <input type="checkbox"/> Dialyse
Rheumaerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja Welcher Art: _____
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Psychosomatische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche? _____
Nehmen Sie Bisphosphonate ein? (z.B. Didronel-Kit, Ostac, Bonefos, Skelid, Aredia, Fosamax, Actonel, Bondronat, Zometa)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ Zigaretten pro Tag
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ Woche?
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche? _____
Existiert ein Medikationsplan?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche? _____
Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja Name des Arztes: _____ Tel. des Arztes: _____

Hausarzt \_\_\_\_\_

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung**

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 DSGVO vom 25.05.2018

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die Verarbeitung im Behandlungsverlauf durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort, \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r \_\_\_\_\_