



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,
herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten,
benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren
allgemeinen Gesundheitszustand.

Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Die von Ihnen angegebenen Daten werden von uns vertraulich im Rahmen der ärztlichen
Schweigepflicht behandelt. Bitte beantworten Sie folgende Fragen sorgfältig.

Vielen Dank! Ihr Praxisteam

1. Patientendaten

Patientenname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

Beruf: _____

Versicherter (sofern von obigen Patientendaten abweicht):

Gesetzlich Versicherte:

Haben Sie eine private Zusatzversicherung? ja nein

Haben Sie Kostenerstattung gewählt? ja nein

Privat Versicherte:

Haben Sie den Basistarif gewählt? ja nein

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

2. Unser Service für Sie

Sind Sie an einem kostenlosen regelmäßigen
Termin-Erinnerungsdienst (Recall*) interessiert? ja nein

Sind Sie an einer Professionellen Zahnreinigung interessiert? ja nein

3. Grund Ihres Besuches

Kontrolluntersuchung ja nein

Zahnschmerzen ja nein

Zahnfleischbluten ja nein

Mundgeruch ja nein

Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung? ja nein

Sonstiges: _____

4. Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen? ja nein

Starke Schmerzempfindlichkeit ja nein

Starker Würgereiz ja nein

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Falls Sie das erste Mal bei uns sind, durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

*) Falls Ja: Für die Teilnahme am Recallservice stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich kann 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 erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).



Beratungswünsche:

Weißer Zähne / Bleaching	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Zahnfarbene Restaurationen aus Kunststoff oder Keramik	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

5. Fragen über bestehende Erkrankungen

Herz	Koronare Herzkrankheit (Angina pectoris)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Herzschwäche (Insuffizienz)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Tragen Sie einen Herzschrittmacher/Defibrillator (ICD)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Herzklappenersatz/Herzmuskelentzündungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Kreislauf	Endokarditisprophylaxe mit Antibiotika angeraten?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	zu niedriger Blutdruck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	zu hoher Blutdruck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Blut	Grüner Star (Glaukom)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Blutarmut (Anämie)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Blutungsneigung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Lunge	Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	HIV-positiv	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Asthma / chronische Bronchitis	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Tuberkulose	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Stoffwechsel	Mukoviszidose	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Rauchen Sie? <i>Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich:</i> _____	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Zuckerkrankheit (Diabetes)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Schilddrüsenerkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Leberkrankheiten / Hepatitis / Gelbsucht	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Nierenerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Nervensystem	Osteoporose	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Rheuma	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Schlaganfall	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Allergien	Anfallsleiden / Epilepsie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Depression	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Allergie gegen lokale Betäubungsmittel	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sonstiges	Medikamenten-Allergie (z.B. Schmerzmittel, Antibiotika)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	<i>Wenn ja, welche:</i> _____		
	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?		

	Transplantation (Organe/Gelenke) <i>Wenn ja, Jahr</i> _____	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Vermeehrt Schnarchen, Tagesmüdigkeit, Einschlafneigung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<i>Wenn ja, welche:</i> _____			
Besteht ein Pflegegrad nach dem 2. Pflegeförderungs-gesetz oder eine Eingliederungshilfe nach dem SGB XII?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
<i>Wenn ja, in welchem Monat:</i> _____			
Letzte Röntgenuntersuchung, Jahr: _____			

Wir bitten Sie im Verhinderungsfall einen vereinbarten Termin unbedingt frühzeitig abzusagen. Es könnten Ihnen ansonsten die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____