

## ANAMNESEBOGEN

### Liebe Patient\*innen!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) sowie der ärztlichen Schweigepflicht). Ausführliche Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie in unserem Wartebereich.

### Ihr Empfangsteam

#### PERSÖNLICHES

Geschlecht  m  w  d

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

---

Straße

PLZ, Ort

---

Telefon Festnetz

Telefon Arbeit

Telefon Mobil

---

E-Mail

Beruf, Arbeitgeber

#### VERSICHERUNG

---

Krankenkasse

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Zusatzversicherung

Basistarif

Beihilfeberechtigt

Selbstzahler

Sind Patient\*in und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

---

Straße

PLZ, Ort

#### WIE WURDEN SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM?

Google

Jameda

Sonstiges Internet: \_\_\_\_\_

Persönliche Empfehlung

Im Vorbeigehen

Werbung: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Überweisender Arzt: \_\_\_\_\_

## ALLGEMEINE GESUNDHEITSSITUATION

	ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	ja	nein
Infektionskrankheiten:		
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein?  ja  nein

wenn ja, welche:

Herzmedikamente: \_\_\_\_\_

Cortison: \_\_\_\_\_

Schmerzmittel: \_\_\_\_\_

Antidepressiva: \_\_\_\_\_

blutverdünnende Medikamente:

(z.B. ASS, Marcumar, Heparin): \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  ja  nein

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger?  ja  nein

wenn ja, welche Woche: \_\_\_\_\_

## MUNDGESUNDHEITSSITUATION

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

Vorsorgeuntersuchung

Beratung

Schmerzbehandlung

Neuer Zahnersatz

Überweisung Zahnarzt

Zweite Meinung

Sonstige: \_\_\_\_\_

Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?

ja nein

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?

Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?

Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich / jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?

Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie halbjährlich / jährlich an Ihre Vorsorge zu erinnern?

Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. **Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.** Das gibt uns die Chance, Termine neu zu vergeben. Für nicht eingehaltene Termine, ohne Absage, können die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden (Ausfallgebühr nach §615 BGB). Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage. Gerne erinnern wir Sie per SMS an Ihren nächsten Termin.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift