

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

schön, dass wir Sie in unserer Praxis begrüßen dürfen. Um Ihnen unnötige Wartezeit ersparen zu können, möchten wir Sie bitten, diesen Bogen möglichst vor Ihrem Termin gewissenhaft und vollständig auszufüllen und mitzubringen oder uns vorab zuzusenden. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Ihre Angaben werden von uns ggf. auch elektronisch gespeichert und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte denken Sie auch an Ihre Versichertenkarte!

Persönliche Angaben

Name	Vorname	Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Ort
Telefon Privat	Telefon Arbeit	Telefon Mobil	
E-Mail	Beruf		
Arbeitgeber			

Versicherung

Krankenkasse

Gesetzlich versichert     
  Basistarif     
  Zusatzversicherung  
 Privatversichert

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, tragen Sie bitte hier die Daten des Versicherungsnehmers ein:

Name	Vorname	Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Ort

Angaben zum letzten Zahnarztbesuch

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_ Gibt es Röntgenbilder die nicht älter als 2 Jahre sind?  ja  nein

Sind Sie schon einmal im Kopf-/Kieferbereich geröntgt worden? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Röntgenpass? \_\_\_\_\_

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? Wenn ja: in welchem Monat: \_\_\_\_\_

Wir bitten um Mitteilung, falls während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt.

**Allgemeinmedizinische Auskünfte:**

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja: welche? \_\_\_\_\_

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Wenn ja: welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie blutverdünnende/gerinnungshemmende Medikamente? Wenn ja: welche? \_\_\_\_\_

Leiden oder litten Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?	ja	nein
Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschwäche)		
Haben Sie einen Herzschrittmacher?		
Kreislaufkrankungen (hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall)		
Blutkrankheiten (Blutarmut, Gerinnungsstörungen)		
Stoffwechselstörungen (Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen)		
Infektionskrankheiten (HIV pos., Hepatitis B, Tbc)		
Allergien (Heuschnupfen, Asthma, Neurodermitis)		
Gehirn- und Nervenerkrankungen (Anfallsleiden, Depression)		
Erkrankungen des Bewegungsapparates (Rheuma)		
Nierenerkrankungen		
Sonstige Erkrankungen, welche? _____		

Zahnmedizinische Auskünfte	ja	nein
Sind Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt worden?		
Traten bei Ihnen bei einer zahnärztlichen Behandlung Komplikationen auf?		
Wünschen Sie eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?		
Treten bei Ihnen Schmerzen oder Knackgeräusche im Kiefergelenk auf?		
Sind sie an naturheilkundlichen Diagnose- und Therapiemaßnahmen interessiert?		

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mit.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass das Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer Lokalanästhesie eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns diese Aufklärung sowie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben nachfolgend durch Ihre Unterschrift zu bestätigen:

---

Unterschrift Patient/in

Gesetzlicher Vertreter/in

### Hinweise zu unserem Praxisservice und Praxisablauf:

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vorher, Ihre Verhinderung anzuzeigen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann. Anderenfalls müssen wir Ihnen ggf. ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen.

Um unseren Patienten regelmäßige Kontrolluntersuchungen zu erleichtern, bieten wir die Teilnahme an unserem sog. Recall-Service an. Sie werden von uns halbjährlich angeschrieben, um Sie an die Vereinbarung eines Kontrolltermins zu erinnern. Sollten Sie keine Teilnahme an diesem Service wünschen, vermerken Sie dies bitte hier:

- per E-Mail                       per SMS                       per Post                       telefonisch  
 Ich wünsche keine Teilnahme an dem Recall-Service.

### Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- persönliche Empfehlung/bei wem dürfen wir uns bedanken? \_\_\_\_\_  
 im Internet, durch:                       Google-Suche                       jameda                       Patienten-Portale  
 Zeitung  
 Branchenbuch/Gelbe Seiten  
 Flyer  
 Plakat  
 im Vorbeigehen, weil:                       Nähe zum Wohnort                       Nähe zum Arbeitsplatz

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert und unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen.

---

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in (Gesetzlicher Vertreter/in)