

## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung darauf abstimmen zu können. Füllen Sie deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

**Informationen, die Sie auf freiwilliger Basis geben und die nicht direkt dem Zweck der zahnmedizinischen Behandlung dienen, sind mit einem Stern (\*) gekennzeichnet.**

Beachten Sie bitte auch unsere Hinweise am Ende dieses Fragebogens. Sollten Sie Fragen haben, geben wir Ihnen gerne Auskunft.

### Patient

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Telefonnummer
_____	_____	_____
Krankenkasse	E-Mail	Handy-Nummer

### Versicherter

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Telefon-, Handy-Nummer
_____		
Krankenkasse		
_____	_____	_____
Hausarzt	Ort	Telefon

Änderung: 21.03.2019	Geprüft: 24.12.2020	Freigabe: 24.12.2020
von: CF	von: CF	von: CF

**Röntgen**

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

ja  nein

\_\_\_\_\_

**Für Patientinnen**

Sind Sie schwanger? (Monat \_\_\_\_\_)

ja  nein

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

**Allgemeinmedizinische Auskünfte**

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** (z. B. Bisphosphonate)?

ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Vertragen** Sie bestimmte Medikamente **nicht**?

ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nehmen sie **blutverdünnende** (gerinnungshemmende) Medikamente?

ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sind Sie **allergisch** gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?

ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass?

ja  nein

Wenn ja, welche Stoffe sind dort genannt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Leiden oder litten Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?**

**Herzerkrankungen** (z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschwäche, Endokarditis)

ja  nein

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie einen **Herzschrittmacher**?

ja  nein

Haben Sie eine **künstliche Herzklappe**?

ja  nein

**Kreislaufkrankungen** (z. B. hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall)

ja  nein

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Stoffwechselstörungen** (z. B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen)

ja  nein

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allergien / Atemwegserkrankungen** (z.B. Neurodermitis, Heuschnupfen, Asthma)

ja  nein

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Gehirn- und Nervenerkrankungen** (z. B. Anfallsleiden, Migräne, Depression)

ja  nein

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Erkrankungen des Bewegungsapparates** (z. B. Rheuma, Gicht, Osteoporose)

ja  nein

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nieren- / Blasen- / Leber- / Magen- /Darmerkrankung** (z. B. Niereninsuffizienz, Gelbsucht)

ja  nein

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Änderung: 21.03.2019	Geprüft: 24.12.2020	Freigabe: 24.12.2020
von: CF	von: CF	von: CF

**Erkrankung des blutbildenden Systems** (z.B. Blutarmut, Bluter)  ja  nein

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Tumorerkrankungen/Bestrahlung/Chemotherapie**  ja  nein

Wenn ja, welche/wo? \_\_\_\_\_

**Erkrankung der Augen** (z. B. grauer Star, grüner Star)  ja  nein

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

Haben Sie ein **Hörgerät implantiert**?  ja  nein

**Leiden oder litten Sie an folgenden Infektionskrankheiten?**

HIV (AIDS)  ja  nein

Hepatitis  ja  nein

Tuberkulose (Tbc)  ja  nein

MRSA (Antibiotika-resistente Krankenhauskeime)  ja  nein

Sonstige Infektionskrankheiten \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig **Alkohol / Drogen** zu sich? (welche \_\_\_\_\_)  ja  nein

**Rauchen** Sie regelmäßig? (wieviel \_\_\_\_\_)  ja  nein

**Zahnmedizinische Auskünfte**

Sind Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt worden?  ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Wurden Sie schon einmal im Kieferbereich operiert oder hatten Sie einen Unfall?  ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Traten bei Ihnen bei einer zahnärztlichen Behandlung Komplikationen auf?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon Zahnverlust durch Lockerung?  ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Tragen Sie Zahnersatz (z. B. Kronen, Brücken, Prothesen, Implantate)?  ja  nein

Treten bei Ihnen Schmerzen oder Knackgeräusche im Kiefergelenk auf?  ja  nein

Wünschen Sie generell eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?  ja  nein

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung bzw. nach einer Lokalanästhesie und/oder Medikamentengaben eingeschränkt sein kann.

Bitte teilen Sie uns **Änderungen Ihres Gesundheitszustandes** unaufgefordert mit.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
gesetzlicher Vertreter

Änderung: 21.03.2019	Geprüft: 24.12.2020	Freigabe: 24.12.2020
von: CF	von: CF	von: CF

### Datenschutz / Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)). Eine Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben wir Ihnen vorgelegt. Bitte bestätigen Sie uns den Erhalt der Information durch Ihre Unterschrift.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_ Unterschrift  
gesetzlicher Vertreter

### Hinweise zu unserem Praxisablauf / weitere Vereinbarungen

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 vor Terminbeginn, Ihre Verhinderung mitzuteilen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann. Wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihnen anderenfalls gegebenenfalls ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen können.

### Recall-Service\*

Um unseren Patienten regelmäßige Kontrolluntersuchungen zu erleichtern, bieten wir die Teilnahme an unserem sogenannten Recall-Service (Erinnerungsservice) an. Sie werden von uns regelmäßig angeschrieben, um Sie an die Vereinbarung eines Kontrolltermins zu erinnern. Sollten Sie **eine / keine Teilnahme** an diesem Service wünschen, vermerken Sie dies bitte hier:

- Ich wünsche eine Teilnahme am Recall-Service.
- Ich wünsche keine Teilnahme am Recall-Service.

Die Teilnahme am Recall-Service erfordert das Vorliegen einer schriftlichen Einwilligungserklärung in die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu diesem Zweck (Recall). Sie erhalten von uns, sofern Sie eine Teilnahme am Recall-Service wünschen, eine separate Einwilligungserklärung zum Ausfüllen und Unterschreiben.

### Abtretungsvereinbarung

Aus Gründen der ärztlichen Schweigepflicht und im Interesse eines reibungslosen Ablaufes Ihrer Behandlung und unserer Verwaltung möchten wir sicherstellen, dass Rechtsbeziehungen ausschließlich zwischen unserer Praxis und Ihnen als unserem Patienten und Partner des Behandlungsvertrages bestehen. Aus diesem Grunde bitten wir Sie, nachfolgende Abtretungsvereinbarung zu unterzeichnen.

Sämtliche Ansprüche, die aus dem zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten jeweils getroffenen Behandlungsvertrag resultieren, werden von dem Patienten/Zahlungspflichtigen an Dritte weder abgetreten noch verpfändet.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_ Unterschrift  
gesetzlicher Vertreter

Änderung: 21.03.2019	Geprüft: 24.12.2020	Freigabe: 24.12.2020
von: CF	von: CF	von: CF