

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

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, Blutdruckmittel)?

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 (z.B. Jod)?

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?

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

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. Alternativ können Sie auch über Doctolib am Erinnerungsservice teilnehmen.

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.

Datum_____
Unterschrift Patient_____
Unterschrift
gesetzlicher Vertreter