



Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Anamnesebogen

Patient Herr/Frau/Kind Name _____ Vorname _____ geb. _____
Versicherter Name _____ Vorname _____ geb. _____
Anschrift Straße/Nr. _____
PLZ _____ Ort _____
Tel. _____ Mobil _____ E-Mail _____

Ich möchte an Kontrolltermin erinnert werden per E-Mail Post SMS

Versicherungsverhältnis Gesetzlich Privat Beihilfeberechtigt Zusatzversicherung

Allgemeine Gesundheitsangaben

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | | |
|---|-----------------------|-------------------------------------|-----------------------|
| Allergien (z.B. Metalle, Hausstaub) welche _____ | <input type="radio"/> | Epilepsie | <input type="radio"/> |
| Blutdruck: <input type="radio"/> niedrig <input type="radio"/> hoch | | Rheuma, rheumatisches Fieber | <input type="radio"/> |
| Herz- / Kreislauferkrankungen | <input type="radio"/> | Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> |
| Bypass / Stent / Herzschrittmacher | <input type="radio"/> | Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="radio"/> |
| Herzklappenerkrankung /-ersatz | <input type="radio"/> | Tumorerkrankung | <input type="radio"/> |
| Herzinfarkt, Angina Pectoris | <input type="radio"/> | Osteoporose | <input type="radio"/> |
| Blutgerinnungsstörungen (z.B. Hämophilie) | <input type="radio"/> | Einnahme von Bisphosphonaten | <input type="radio"/> |
| Endokarditis – Prophylaxe | <input type="radio"/> | Neigen Sie zur Ohnmacht? | <input type="radio"/> |
| Nehmen Sie Blutverdünner ? (z.B. Marcumar) | <input type="radio"/> | Rauchen Sie? | <input type="radio"/> |
| Immunschwäche (HIV / AIDS) | <input type="radio"/> | wie viele pro Tag: | |
| Lebererkrankung (Gelbsucht / Hepatitis A, B, C) | <input type="radio"/> | Waren oder sind Sie drogenabhängig? | <input type="radio"/> |
| Lungenerkrankung (z.B. Asthma / COPD) | <input type="radio"/> | | |
| Tuberkulose | <input type="radio"/> | | |

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Bitte wenden! →



Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger? Wenn ja, welche Woche: _____
Nehmen Sie z. Zt. Medikamente ein?
Wenn ja, welche?

Sonstige Krankheiten?

Grund meines Zahnarztbesuches

- Kontrolluntersuchung Zahnschmerzen Neuer Zahnersatz
 Zahnfleischbluten Unzufriedenheit mit dem Aussehen der Zähne

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden

- Empfehlung durch _____ Internet Sonstiges _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und verpflichte mich, etwaige Änderungen meiner Angaben mitzuteilen.

Mit meiner Unterschrift willige ich der Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an mitbehandelnde Ärzte, Zahnärzte, Kieferchirurgen/zahntechnischen und mikrobiologischen Laboratorien unter Beachtung der Vorschriften des nationalen Datenschutzes, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Gleichzeitig entbinde ich die genannten Einrichtungen, in dem Umfang, der zur Herausgabe der Daten erforderlich ist, von der Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift (ggf. Erziehungsberechtigte*r)