



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 _____

Liegt bei Ihnen ein Pflegegrad vor? Bitte tragen Sie die zutreffende Zahl ein: _____

0= kein Pflegegrad, 1= Pflegegrad 1, 2= Pflegegrad 2, 3= Pflegegrad 3, 4= Pflegegrad 4, 5= Pflegegrad 5

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 _____

Blutdruck: niedrig hoch

Herz- / Kreislauferkrankungen

Bypass / Stent / Herzschrittmacher

Herzklappenerkrankung /-ersatz

Herzinfarkt, Angina Pectoris

Blutgerinnungsstörungen (z.B. Hämophilie)

Endokarditis – Prophylaxe

Nehmen Sie **Blutverdünner**? (z.B. Marcumar)

Immunschwäche (HIV / AIDS)

Lebererkrankung (Gelbsucht / Hepatitis A, B, C)

Lungenerkrankung (z.B. Asthma / COPD)

Tuberkulose

Epilepsie

Rheuma, rheumatisches Fieber

Schilddrüsenerkrankung

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Tumorerkrankung

Osteoporose

Einnahme von Bisphosphonaten

Neigen Sie zur Ohnmacht?

Rauchen Sie?

wie viele pro Tag:

Waren oder sind Sie drogenabhängig?

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)