

Anamnesebogen

Liebe Patientin! Lieber Patient!

Wir begrüßen Sie sehr herzlich in unserer Praxis. Bitte füllen Sie die beiden folgenden Seiten sorgfältig aus. Alle Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Informationen zum Datenschutz finden Sie an der Anmeldung und auf unserer Homepage. Gerne drucken wir Ihnen diese Informationen auch aus.

Name, Vorname Geburtsdatum

Name und Geburtsdatum des Versicherten bei Familienversicherten

Anschrift

Telefon privat (Festnetz / Mobil) dienstlich

E-Mail Beruf

Krankenkasse / Versicherung Geschäftsstelle

Gesetzlich Zusatzversicherung Privat- normal Privat- Basistarif

Name und Telefonnummer des behandelnden Allgemeinarztes

Empfohlen durch

Jetzt stellen wir Ihnen Fragen zu Ihrer Gesundheit. Bitte teilen Sie uns Veränderungen, die sich im Lauf der Jahre ergeben, z.B. neu auftretenden Erkrankungen, umgehend mit.

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an!

| | | | |
|------------------|-------------------|--------------------------|----------------------------|
| Leiden Sie unter | Mundgeruch | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | Zahnfleischbluten | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | Metallgeschmack | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | Kopfschmerzen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | Rückenschmerzen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

| | | | |
|-----------|---------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Haben Sie | Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | hohen Blutdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | einen Herzschrittmacher | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | Blutgerinnungsstörungen ? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

| | | | |
|---------------|----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Leiden Sie an | Allergien | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | Heuschnupfen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | Asthma | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | Medikamentenüberempfindlichkeit? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

| | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Haben oder hatten Sie | Gelbsucht | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | Diabetes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | Rheuma | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | Tuberkulose | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | Epilepsie/ Krampfanfälle | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | Nierenerkrankung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | Immunschwächeerkrankung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | andere Erkrankungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Welche anderen Erkrankungen?

Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein?

Sind Sie **schwanger**? ja nein

Rauchen Sie? ja nein
Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

Wichtig:

- Wir bitten Sie dringendst, vereinbarte Termine einzuhalten oder so schnell wie möglich abzusagen, damit wir die Termine weiter vergeben können.
- Ich stehe nicht unter Betreuung/ Vormundschaft. Wenn doch, gebe ich unaufgefordert Auskunft über meine Betreuung.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle Informationen gelesen und verstanden habe und dass ich mit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der zahnärztlichen Behandlung einverstanden bin. (Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.)

Datum

Unterschrift

Service zur Terminerinnerung (Recall)

Gerne erinnern wir Sie per Post an Ihre Vorsorgetermine. Sind Sie damit einverstanden? ja, per Post nein

Sie können diese Einwilligung jederzeit widerrufen.

Datum

Unterschrift