

ANAMNESEBOGEN

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre Wünsche und Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ / Ort
Telefon	Mobil
E-Mail	Beruf
Wie sind Sie versichert?	☐ gesetzlich ☐ gesetzlich + Zusatzversicherung ☐ privat ☐ Beihilfe ☐ Basistarif
Name der Krankenkasse / Versicherung	
Gesetzlicher Betreuer	☐ Nein ☐ Ja Name: _____
Wie haben Sie uns gefunden?	☐ persönliche Empfehlung, von wem _____ ☐ Google ☐ Website ☐ Instagram ☐ Jameda ☐ Sonstiges _____

GRUND IHRES HEUTIGEN BESUCHES

☐ Kontrolle ☐ Prophylaxe ☐ Schmerzen ☐ Zahnfleisch ☐ Zahnersatz ☐ Ästhetik ☐ Kiefergelenksbeschwerden ☐ Zweitmeinung
☐ Schnarchen ☐ Erwachsenenkieferorthopädie

☐ Sonstiges: _____

ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

	Ja	Nein
Haben Sie aktuell Zahnschmerzen?	☐	☐
Haben Sie Zahnfleischbluten oder Zahnfleischprobleme?	☐	☐
Knackt Ihr Kiefergelenk beim Kauen oder Gähnen?	☐	☐
Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen?	☐	☐
Schnarchen Sie?	☐	☐
Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?	☐	☐
Erhalten Sie regelmäßig Unterstützung durch eine professionelle Zahnreinigung?	☐	☐
Benutzen Sie Zahnseide oder Interdentalbürsten?	☐	☐
Hat sich Ihr Gesundheitszustand im letzten Jahr verändert?	☐	☐
Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung?	☐	☐
Wenn ärztliche Behandlung, warum?: _____	Hausarzt/Facharzt: _____	
Regelmäßige Medikamente: _____	Allergien / Unverträglichkeiten: _____	
Vorsorgeintervall: _____		
Bemerkungen: _____		

ZAHNÄRZTLICHE VORGESCHICHTE

	Ja	Nein
Wurden in den letzten zwei Jahren Röntgenaufnahmen angefertigt?	☐	☐
Wurde in den letzten zwei Jahren Zahnersatz eingesetzt?	☐	☐
Gab es jemals Probleme bei einer örtlichen Betäubung?	☐	☐
Gibt es sonstige wichtige Informationen zu Ihrer zahnärztlichen Vorgeschichte?	☐	☐
Wenn ja, bitte kurz erläutern / Zeitpunkt angeben: _____		
Sonstige Informationen: _____		

ALLGEMEINE GESUNDHEIT

Leiden Sie an ...

Erkrankung	Ja	Nein	Erkrankung	Ja	Nein
Herzschrittmacher	☐	☐	Herzrhythmusstörung	☐	☐
Herzinsuffizienz	☐	☐	Herzinfarkt	☐	☐
Bluthochdruck	☐	☐	Blutverdünner	☐	☐
Diabetes	☐	☐	Schilddrüsenerkrankung	☐	☐
Osteoporose	☐	☐	Rheuma	☐	☐
Glaukom (Grüner Star)	☐	☐	Epilepsie	☐	☐
Asthma	☐	☐	Chronische Atemwegserkrankung	☐	☐
Hepatitis	☐	☐	Immunschwäche	☐	☐
Blutgerinnungsstörung	☐	☐	Depressionen	☐	☐
Schlaganfall	☐	☐	Bulimie / Essstörung	☐	☐
Bisphosphonate / Denosumab	☐	☐			
Künstliches Gelenk: ☐ Nein ☐ Ja Welches? _____ Seit wann? _____					
Schwangerschaft: ☐ Nein ☐ Ja Monat: _____ Rauchen: ☐ Nein ☐ Ja					

EINWILLIGUNGEN UND ORGANISATORISCHE HINWEISE

☐ Ich wünsche eine Erinnerung an meine Vorsorge- und Prophylaxetermine (Recall).
☐ Ich bin mit Terminbestätigungen und organisatorischen Informationen per Telefon, SMS oder E-Mail einverstanden.
☐ Ich bin mit der erforderlichen Weitergabe meiner personenbezogenen Daten und Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte, zahntechnische Labore, Abrechnungsdienstleister und Kostenträger einverstanden, soweit dies gesetzlich zulässig und für meine Behandlung erforderlich ist.
☐ Ich habe die Datenschutzhinweise gemäß Art. 13 DSGVO erhalten bzw. zur Kenntnis genommen.
☐ Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

BESTELLPRAXIS / AUSFALLHONORAR

Unsere Praxis wird als Bestellpraxis geführt. Die für Sie reservierte Behandlungszeit ist ausschließlich für Sie vorgesehen. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, diesen spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei nicht rechtzeitig abgesagten oder unentschuldigt versäumten Terminen behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar nach den gesetzlichen Bestimmungen zu berechnen.

☐ Den Hinweis zur Bestellpraxis und zu möglichen Ausfallgebühren habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____