

## **Anamnesebogen**

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!**

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie um die Beantwortung des nachfolgenden Fragebogens. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben unter die ärztliche Schweigepflicht fallen und zu Ihrer Sicherheit dienen. Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes nach DS-GVO. Unser Aushang „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ informiert Sie zu den gesetzlichen Grundlagen. Mit Ihrer Unterschrift unter dem Anamnesebogen willigen Sie in die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ein.

### **Patient:**

Name, Vorname:

Geburtsdatum/ -ort:

---

### **Versichert bei (falls abweichend):**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

---

Anschrift:

---

Telefon (privat/mobil):

---

Arbeitgeber/Beruf:

Telefon (Arbeitsplatz):

---

### **Ggf. Betreuer:**

Name, Vorname:

Anschrift:

Telefon:

---

Hausarzt:

Anschrift:

---

Name der Krankenkasse

pflichtversichert

Zusatzversicherung

privat versichert

Beihilfe

freiwillig versichert

nicht versichert

---

Wurden Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne/ des Kiefers in den letzten 3 Jahren bei anderen Zahnärzten gemacht?

---

Wann war die letzte zahnärztliche Behandlung?

---

**Bitte wenden!**

	Ja	Nein	Ergänzungen	
Allergie, Medikamentenunverträglichkeit (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Atemwegserkrankungen (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Blutgerinnungsstörungen Bluter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diabetes (welcher Typ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Augenerkrankung ( welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Glaukom (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Erkrankung blutbildender Organe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Herz-Kreislauf- Erkrankungen, Endokarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Herzschrittmacher / Stent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mangeldurchblutung des Gehirns /Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tumorerkrankungen, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Chemotherapie/ Bisphosphonate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hepatitis A, B oder C ( welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Schilddrüsenüberfunktion/-unterfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nierenerkrankungen (Dialyse?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Rheuma, Arthritis, Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Rauchen Sie? (bitte Mengenangabe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Oft	<input type="checkbox"/> Regelmäßig
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Oft	<input type="checkbox"/> Regelmäßig
Dauernde ärztliche Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?				

**Einverständniserklärung:**

Ich möchte den "Recall - Service" in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen an einen Untersuchungs- und/oder Prophylaxetermin.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?  Ja  Nein  Telefonisch  per Post  per Email

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?  Internet  Empfehlung  Anderes

Mit welchen Wünschen oder Anregungen suchen Sie unsere Praxis auf?

**Kenntnisnahme:** Zum Zwecke der Behandlung kann es vorkommen, dass Ihre Daten an Dritte weitergeleitet werden. Die Fremdlabore, Pathologielabore und Überweiserpraxen unterliegen den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes.

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Zutreffendes bitte ankreuzen .