

## Anamnesebogen

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

Telefon/mobil \_\_\_\_\_

Telefon (geschäftlich) \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Hausarzt(Name, Adresse, Telefon)  
\_\_\_\_\_

### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, über wen sind Sie versichert?

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig

\_\_\_\_\_  
Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Erziehungsberechtigter

### Wie möchten Sie von uns an Ihren halbjährlichen Vorsorgetermin erinnert werden?

per Telefon  per E-Mail

### Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuches?

Routinekontrolle  Beratung  Zahnersatz  
 Schmerzbehandlung  „zweite Meinung“  andere Gründe

Haben Sie akute Beschwerden?  Ja/welche  Nein

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dauerschmerz                                  | <input type="checkbox"/> Zähne schmerzen ohne Kaubelastung        |
| <input type="checkbox"/> Zähne reagieren auf süß/sauer                 | <input type="checkbox"/> Entzündung oder Schmerzen am Zahnfleisch |
| <input type="checkbox"/> Zähne sind temperaturempfindlich<br>heiß/kalt | <input type="checkbox"/> Kiefergelenkschmerzen                    |
| <input type="checkbox"/> Zähne schmerzen bei Kaubelastung              | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten                        |

### Wann hatten Sie ihre letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung?

\_\_\_\_\_  
Datum \_\_\_\_\_ Arzt

Schwangerschaft  Ja  Nein

## Covid19- Status

erkrankt und genesen  Ja  Nein wenn ja, wann? Datum (JJJJ-MM-TT)  
geimpft  Ja  Nein wenn ja, wann? 1. Booster  
2.

## Infektionserkrankungen

HIV (AIDS)  Ja  Nein  
Hepatitis  Ja  Nein wenn ja, welcher Typ?  A  B  C  
Tuberkulose (TBC)  Ja  Nein  
MRSA  Ja  Nein  
sonstige  Ja  Nein wenn ja, welche?  
Infektionskrankheiten

## Erkrankungen und Medikamente

Medikamente  Ja  Nein wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Allergien  Ja  Nein wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Latex  Ja  Nein  
Metalle  Ja  Nein  
Antibiotika  Ja  Nein  
Schmerzmittel  Ja  Nein

Asthma  Ja  Nein Schilddrüse  Ja  Nein  
Leber  Ja  Nein Ohrensausen/Tinnitus  Ja  Nein  
Nierenfunktionsstörungen  Ja  Nein Wirbelsäule  Ja  Nein  
Magen-Darm-Trakt  Ja  Nein Rheuma  Ja  Nein  
sonstige Erkrankungen  Ja  Nein wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## Herz- Kreislauf – Erkrankungen

niedriger Blutdruck  Ja  Nein Herzklappenerkrankung/-defekt  Ja  Nein  
hoher Blutdruck  Ja  Nein Herzschrittmacher  Ja  Nein  
Blutgerinnungsstörungen  Ja  Nein Angina Pectoris  Ja  Nein  
Herzoperation  Ja  Nein

## Allgemeine Angaben

Drogenkonsum  Nein  Ja wenn ja  selten  oft  regelmäßig  
Alkoholgenuss  Nein  Ja wenn ja  selten  oft  regelmäßig  
Raucher  Nein  Ja wenn ja  1-10  über 20 pro Tag

## Wichtige Informationen

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Der Speicherung und Weitergabe meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich werde hiermit darauf hingewiesen, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretende Änderungen zu informieren.

Weiterhin wurde ich darüber aufmerksam gemacht, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen. Bei der Nichteinhaltung fest vereinbarter Behandlungstermine erlauben wir uns ein Ausfallhonorar gemäß §615 BGB in Höhe von 20 Euro pro angefangene 15 Minuten.

Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten bei Menschen (Infektionsschutzgesetz) §1 Auf Grundlage des Gesetzes, bitten wir Sie bei Krankheit wie zum Beispiel Erkältung, Magen – Darm – Beschwerden und Herpes Simplex Virus, erst bei Genesung einen Termin in unserer Praxis wahrzunehmen.

Ich habe alle Fragen und Angaben verstanden und nach meinem besten Gewissen beantwortet.

Rostock, den \_\_\_\_\_ Unterschrift ggfs. gesetzl. Vertreter \_\_\_\_\_