

## ANAMNESEBOGEN

Nachname; Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum, Geschlecht: m      w \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

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

Telefon (privat/mobil) \_\_\_\_\_

Telefon (geschäftlich) \_\_\_\_\_

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

Beruf \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Gesetzlich versichert  
 Privat versichert – **nicht im Basistarif**  
 Privat versichert – **im Basistarif**  
 Beihilfeberechtigt

Überweisender Arzt (Name, Adresse, Telefon) \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

**Wodurch sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**  
 von Bekanntem empfohlen       Telefon-/Branchenbuch       Internet

**Wie möchten Sie von uns an Ihren halbjährlichen Vorsorgetermin erinnert werden?**  
 per SMS       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       Dauerschmerz  
 Zähne reagieren auf süß/sauer  
 Zähne sind temperaturempfindlich heiß/kalt  
 Zähne schmerzen bei Kaubelastung  
 Zähne schmerzen ohne Kaubelastung  
 Entzündung oder Schmerzen am Zahnfleisch  
 Kiefergelenkschmerzen  
 Zahnfleischbluten

**Wann hatten Sie ihre letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung?**

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

**Schwangerschaft**       Ja       Nein  
**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand wahrheitsgemäß**

**Erkrankungen**

Herz- Kreislaufbeschwerden       Ja       Nein  
Leber       Ja       Nein  
Nierenfunktionsstörungen       Ja       Nein  
Schilddrüse       Ja       Nein  
Magen-Darm-Trakt       Ja       Nein  
Epilepsie       Ja       Nein  
Grüner Star       Ja       Nein  
Asthma       Ja       Nein

### **Herz- Kreislauf – Erkrankungen**

Hoher Blutdruck       Ja       Nein  
Niedriger Blutdruck       Ja       Nein  
Herzklappenerkrankung/-defekt       Ja       Nein  
Herzkrankung       Ja       Nein  
Herzoperation       Ja       Nein  
Herzschrittmacher       Ja       Nein  
Angina Pectoris       Ja       Nein  
Blutgerinnungsstörung       Ja       Nein

### **Infektionserkrankungen**

HIV (AIDS)       Ja       Nein  
Hepatitis       Ja       Nein  
wenn ja, welcher Typ       A       B       C  
Tuberkulose       Ja       Nein  
MRSA       Ja       Nein

### **Allgemeine Angaben**

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

**Besteht Interesse über eine Aufklärung von Hypnose**       Ja       Nein

### **Wichtige Informationen**

Lieber Patient,  
alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.  
Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.  
Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretende Änderungen zu informieren.  
Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 2 Tage 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 Zweck 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 bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_