



Verantwortliche Praxis im Sinne der EU-DSGVO

Anamnesebogen

Persönliche Informationen

Patient*in Name _____ Vorname _____ Geburtstag _____

Mitglied/Versicherte*r Name _____ Vorname _____ Geburtstag _____

Anschrift/Kontaktdaten Straße/Nr. _____ Ort _____

Postleitzahl _____ Telefonnummer _____

E-Mail _____

Bitte beachten Sie, dass wir Ihre Kontaktdaten ggf. auch nutzen, um medizinische Daten oder Informationen an Sie zu senden.

Beruf _____ **Arbeitgeber** _____

Name der gesetzlichen bzw. privaten Krankenkasse _____

beihilfeberechtigt freiwillig versichert Zahnzusatzversicherung _____

Allgemeine Situation

	ja	nein		ja	nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung (z.B. Endokarditis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hepatitis		
Wenn ja, welche? _____			Sonstige _____		
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____		
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Künstliche Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engwinkelglaukom (Augenerkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie Bisphosphonate ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(z.B. bei Osteoporose, Knochenmetastasen)		
(z. B. verlängerte Blutung bei Schnittwunden oder nach Operationen)			Sonstige Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____		
Wenn ja, welche? _____			Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____		

Bitte wenden! Weiteres finden Sie auf der Rückseite.

Zahn-Mund-Situation

	ja	nein		
Geräusche im Kiefergelenk (z. B. beim Gähnen, Kauen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann und bei wem wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich geröntgt?	
Schmerzen am Kopf/Nacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum _____	
Zahnersatz Wenn ja, seit _____ Jahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnarzt _____	
			Adresse _____	
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Für weibliche Patienten:	ja nein
Zahnfleischrückgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besteht zur Zeit ein Kinderwunsch?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Haben Sie Interesse an einer besonders intensiven Vorsorge gegen Karies und Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besteht eine Schwangerschaft?	
Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne, kurz: mit Ihrem „Lächeln“, zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja, ich bin in der _____ Woche	
Ist bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein	
			<input type="checkbox"/> Ungewiss	
			Um eventuelle Risiken zu vermeiden, bitten wir um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt.	

Welche besonderen Wünsche/Anliegen führen Sie zu uns?

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist, und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands unverzüglich mitzuteilen.

Falls Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie, spätestens 48 Stunden vorher abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatient*innen damit einen großen Gefallen, da wir als Bestellpraxis die für Sie vorgenommene Zeit sonst nicht wieder vergeben können. Ausfallzeiten können nach §§ 615. Satz BGB, 287 ZPO berechnet werden.

Bitte beachten Sie die Servicezeiten Ihres Zahnarztes (SGB V, § 76, Abs. 3, S. 1 „Wechsel des Behandlers im Quartal“).

Hiermit versichere ich, die Angaben vollständig und inhaltlich richtig gemacht zu haben. Alle Hinweise im Anamnesebogen habe ich zur Kenntnis genommen. Alle Eingaben wurden entweder von mir persönlich oder von meinem gesetzlichen Vertreter in der Praxis gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzliche*r Vertreter*in)

Wir hoffen, dass Sie sich in unseren Praxen wohlfühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung!