

# Anamnese

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Damit wir Sie sicher, individuell und bestmöglich behandeln können, bitten wir Sie, diesen Anamnesebogen sorgfältig auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der zahnärztlichen Schweigepflicht sowie den geltenden Datenschutzbestimmungen (DSGVO).

## 1. Persönliche Angaben

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

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

Beruf / Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

## 2. Krankenversicherung

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert
- Beihilfe
- Basistarif
- Zusatzversicherung vorhanden

Krankenkasse / Versicherung: \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer (falls abweichend):

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

### 3. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Empfehlung durch Freunde/Familie
- Überweisender Arzt/Zahnarzt
- Internet / Google
- Social Media
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### 4. Allgemeine Gesundheit

Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen?

<i>Erkrankung</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzkrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma / Atemwegserkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krebserkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychische Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafapnoe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

## 5. Infektionskrankheiten

<i>Erkrankung</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MRSA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sonstige: \_\_\_\_\_

## 6. Allergien / Unverträglichkeiten

<i>Allergie / Unverträglichkeit</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
Penicillin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Antibiotika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Latex	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lokalanästhetika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metalle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Weitere Allergien: \_\_\_\_\_

## 7. Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?     Ja     Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besonders wichtig:

<i>Medikamentengruppe</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
Blutverdünner (z.B. ASS, Marcumar, Eliquis, Xarelto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cortison	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antidepressiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bisphosphonate / Osteoporosemedikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Immunsuppressiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 8. Weitere medizinische Angaben

<i>Frage</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie aktuell in einer Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht Zahnarztangst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie künstliche Gelenke?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gab es Probleme bei früheren Betäubungen/Narkosen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden Sie bestrahlt oder erhielten Chemotherapie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn ja, bitte ergänzen: \_\_\_\_\_

## 9. Zahnmedizinische Angaben

<i>Frage</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
Haben Sie derzeit Schmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Zahnfleischbluten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie empfindliche Zähne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Implantate?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Probleme mit dem Kiefergelenk?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Was ist Ihnen besonders wichtig?

- Schmerzfreie Behandlung
- Ästhetik
- Prophylaxe/Zahnerhalt
- Implantate
- Bleaching
- Unsichtbare Zahnkorrektur
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

## 10. Letzte Behandlungen

Wann war Ihre letzte professionelle Zahnreinigung? \_\_\_\_\_

Wann wurden zuletzt Röntgenbilder angefertigt? \_\_\_\_\_

### 11. Kommunikation & Recall-Service

Ich wünsche eine Erinnerung an zukünftige Termine per:

- Telefon
- SMS
- E-Mail

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mich zu organisatorischen Zwecken kontaktieren darf. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

- Ja

### 12. Terminabsagen / Bestellpraxis

Unsere Praxis wird als Bestellpraxis geführt. Der für Sie reservierte Termin wird ausschließlich für Sie freigehalten. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um rechtzeitige Absage, mindestens 24 Stunden vorher. Bei nicht rechtzeitig abgesagten oder versäumten Terminen behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar gemäß § 615 BGB zu berechnen, sofern der Termin nicht anderweitig vergeben werden kann.

- Ich habe die Regelung zu Terminabsagen und Ausfallhonoraren zur Kenntnis genommen.

### 12. Datenschutzhinweis

- Ich bestätige, die Datenschutzhinweise der Praxis erhalten bzw. eingesehen zu haben.

### 13. Erklärung

Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Änderungen meines Gesundheitszustandes, meiner Medikation sowie meiner persönlichen Daten (z. B. Name, Adresse, Telefonnummer oder Versicherung) werde ich der Praxis unverzüglich mitteilen.

Ort, Datum: Tostedt,