

# Anamnesebogen

Vielen Dank, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben! Bevor wir über Ihre zahnmedizinischen Wünsche sprechen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung, da bestimmte Maßnahmen und Medikamente bei einigen Erkrankungen nicht eingesetzt werden dürfen.



Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Bitte teilen Sie uns jede Änderung der Anschrift, des Gesundheitszustandes, von Medikamenteneinnahmen und bei Frauen eine eventuelle Schwangerschaft mit!

Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung!

## Patient

Name: ..... Vorname/Titel: .....  
 Straße: ..... PLZ/Ort: .....  
 Geb.-Datum: ..... Geburtsort: .....  
 Beruf: ..... Arbeitgeber: ..... Telefon Arbeit: .....  
 Telefon privat: ..... Handy: ..... E-Mail: .....  
 Hausarzt: ..... Telefon: .....

Krankenkasse: .....

## Versicherungsverhältnis

- Gesetzlich versichert  Private Zusatzversicherung  
 Privat versichert  Beihilfeberechtigt  
 Zum Basistarif privat versichert

## Versicherter (Eltern, Ehegatte)

Name: ..... Vorname/Titel: .....  
 Straße: ..... PLZ/Ort: .....  
 Geb.-Datum: ..... Geburtsort: .....  
 Beruf: ..... Arbeitgeber: .....

## Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

- Empfehlung durch (bitte Namen nennen): .....  
 Internet  Sonstiges: .....

## Grund meines Zahnarztbesuchs

- Kontrolluntersuchung  
 Zahnschmerzen  
 Zahnlockerungen  
 Zahnfleischbluten  
 Fehlende Zähne  
 Probleme mit Zahnersatz  
 Neuer Zahnersatz  
 Unzufriedenheit mit Aussehen der Zähne, Stellung, Farbe, Form  
 Kiefergelenksprobleme  
 Zahnneknirschen  
 Sonstiges: .....

## Ich wünsche eine Beratung zu

- Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe)  
 Zahnfleischbehandlung  
 Sichere Amalgam-Entfernung  
 Metallfreie Zahnbehandlung  
 Zahnersatz  
 Lückenschluss mit Zahnimplantat und Krone  
 Feste Zähne statt Teilprothese oder Totalprothese  
 Verbesserung des Prothesenhalts  
 Keramikfüllungen (Inlays), Keramikverblendschalen  
 Keramik-Kronen und -Brücken  
 Verschönerung meiner Zähne  
 Zahnaufhellung  
 Sonstiges: .....

**Krankheiten, Allergien und die Einnahme bestimmter Medikamente** können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte machen Sie nachfolgend genaue Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand, damit wir Ihre Behandlung darauf abstimmen können. Falls vorhanden, bringen Sie bitte Ihren **Allergie-Pass** zu Ihrem ersten Termin mit. Vielen Dank!

## Erkrankungen

- Herz-Kreislaufkrankungen. Welche?  
.....
- Herzklappenersatz  Endokarditis
- Herz-Operationen  Herz-Schrittmacher
- Herzinfarkt  Schlaganfall
- Störungen der Blutgerinnung
- Immunerkrankungen (z.B. HIV)
- Wundheilungsstörungen
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Knochenmarks-Erkrankungen
- Frühere Bestrahlungen des Kieferknochens
- Osteoporose
- Tumorerkrankungen, welche?.....
- Frühere Parodontose-Behandlung
- Drogenabhängigkeit
- Asthma/Lungenkrankheit
- Nervenerkrankungen
- Depressionen/Psychosen
- Lebererkrankungen  Nierenerkrankungen
- Epilepsie
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Hepatitis. Welche? .....
- Sonstige:  
.....

## Haben Sie Allergien?

- Nein  Ja, und zwar gegen  
.....  
.....

## Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

- Nein  Ja, und zwar  Eliquis  Pradaxa  Xarelto
- Marcumar  Herz-ASS  .....

## Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?

- Nein  Ja, und zwar
- .....

## Wurden Sie in den letzten 5 Jahren operiert?

- Nein  Ja, welches Gebiet? .....

## Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

- Nein  Ja: In welchem Monat? .....

## Rauchen Sie?

- Nein  Ja: Wie viel? .....

## Schnarchen Sie?

- Nein  Ja

## Wann war Ihre letzte Zahnkontrolle? .....

## Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? Gebiet?

.....

## Wünschen Sie eine schriftliche Erinnerung an die jährliche Vorsorgeuntersuchung?

- Ja  Nein

Dafür stimme ich der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift



.....  
(Datum/Unterschrift)

### Hinweis!

Unsere Praxis wird nach einem Terminsystem geführt. Das bedeutet, dass in der Regel keine Wartezeiten entstehen sollten. Wir bitten Sie daher Termine möglichst pünktlich einzuhalten. Medizinisch aufwendige, oder unvorhergesehene Behandlungsmaßnahmen können zu Verzögerungen führen.

Auch durch Notfallpatienten können Verzögerungen entstehen, dafür bitten wir um Verständnis.

**Sollten Sie zu einem vereinbarten Termin verhindert sein, bitten wir Sie mindestens 24 Stunden vorher um Benachrichtigung, da Ihnen sonst die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt wird (§§304, 615 BGB).**

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Wir freuen uns darauf, Sie kennen zu lernen.

**Ihr Praxis-Team**

**Dr. Gabriele S. Müller**