

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,

bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren persönlichen Daten auch einige Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig, für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht. Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen in Ihrem Interesse sorgfältig. Falls Sie die folgenden Fragen für Ihr Kind beantworten, beziehen sich diese auf dessen Person bzw. dessen Gesundheitszustand.

_____	_____	falls familienversichert:
Name, Vorname	Geburtsdatum	
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort	Name des Versicherten
_____	_____	_____
Telefonnummer	Mobiltelefon	Straße, Hausnummer
_____ @ _____		_____
E-Mail-Adresse		Postleitzahl, Ort

Bitte zutreffendes ankreuzen!

Haben Sie einen Pflegegrad oder eine Wiedereingliederungshilfe? ja nein
 Wenn ja, welche? _____

Sind sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Name des Hausarztes _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
 Wenn ja, welche? 1. _____ weshalb _____
 2. _____ weshalb _____
 3. _____ weshalb _____
 4. _____ weshalb _____

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? ja nein
 Wenn ja, worauf? _____

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Leiden oder litten Sie unter folgenden Erkrankungen

hoher Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Magenerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Darmerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Tumorerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herzerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
(Klappenersatz, Infarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Endokarditis, Herzschrittmacher)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

- bitte wenden -

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Nierenerkrankungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| grüner Star (Glaukom) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Lebererkrankung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Krampfleiden (Epilepsie) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Rheuma | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Asthma | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Heuschnupfen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Diabetes mellitus | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schilddrüsenerkrankungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Infektionskrankheiten
(Tuberkulose, Hepatitis, Aids/HIV) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Osteoporose | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Leiden oder litten Sie an einer Erkrankung, die hier nicht aufgeführt ist? ja nein

Wenn ja, welche? _____

- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Neigen Sie zu Ohnmacht? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leiden Sie unter Mundgeruch? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie häufig Kopf- oder Nackenschmerzen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Traten bei Ihnen Komplikationen nach Betäubungsspritzen, Zahnextraktionen oder bei sonstigen zahnärztlichen Maßnahmen auf? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Für weibliche Personen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sind Sie gesetzlich krankenversichert? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wenn ja, haben Sie eine private Zusatzversicherung? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sind Sie privat krankenversichert? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Die hier erhobenen Daten erlauben uns neben der Behandlungsrelevanz auch Kontakt zu unseren Patienten aufzunehmen.

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Ich bin damit einverstanden | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Ich bin damit einverstanden mit meinem vollständigen Namen im Wartezimmer aufgerufen zu werden. | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Der Patient hat jederzeit das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung personenbezogener Daten und kann die Einwilligung jederzeit zurückzuziehen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Teilen Sie uns bitte bei folgenden Behandlungen mit, ob sich ihr Gesundheitszustand verändert hat. Sollten Sie die gestellten Fragen nicht mehr vollständig in Erinnerung haben, lassen Sie sich diesen Anamnesebogen wieder vorlegen.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen.
Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Datum

Unterschrift des Patienten oder
dessen gesetzlicher Vertreter