

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.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

**falls familienversichert:**

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

ja  nein

\_\_\_\_\_

Sind sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?  
Name des Hausarztes

ja  nein

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja  nein

- Wenn ja, welche?
- |    |       |         |
|----|-------|---------|
| 1. | _____ | weshalb |
| 2. | _____ | weshalb |
| 3. | _____ | weshalb |
| 4. | _____ | weshalb |

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?  
Wenn ja, worauf?

ja  nein

\_\_\_\_\_

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 |

- bitte wenden -

- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Herzerkrankungen (Klappenersatz, Infarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Endokarditis, Herzschrittmacher) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 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 |
| Rheumatische Erkrankungen   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Asthma  | <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 |
| Haben Sie einen Herzpass bzw. müssen Sie vor zahnärztlicher Behandlung ein Antibiotikum einnehmen?      | <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 zurzeit eine Schwangerschaft?  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie eine private Zusatzversicherung?   | <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  ja  nein

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

### 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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten oder dessen gesetzlicher Vertreter