

Anamnesebogen

Frau Herr Divers Kind

Name: _____

Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Tel. Zuhause: _____

Tel. Arbeit: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

| |
|--|
| Name der Kasse/Versicherung: |
| Name des versicherten Mitgliedes: |
| Geburtsdatum: |

Für Ihre Behandlung beim Zahnarzt können eventuell vorhandene oder durchgemachte allgemeine Erkrankungen von Bedeutung sein. Bitte beantworten Sie deshalb - für Ihre eigene Sicherheit - die nachfolgenden Fragen möglichst genau. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Ihr Hausarzt

Name:

(Falls bekannt)

Straße Nr. / PLZ Ort

Telefon

| | Nein | Fraglich | Ja | falls Ja |
|---|------|----------|----|-------------------|
| Sind Sie im Moment in ärztlicher Behandlung? | | | | bei wem / warum? |
| Nehmen Sie laufend Medikamente? | | | | welche? |
| Hatten Sie einen Herzinfarkt/Schlaganfall? Wenn ja, Wann? Stents? | | | | |
| Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? | | | | |
| Wurden Sie strahlenbehandelt, im Kopf/Halsbereich? | | | | |
| Sind Sie allergisch gegenüber Medikamenten (z.B. Penicillin)? | | | | |
| Hatten Sie schon einmal Reaktionen auf Anästhetikum (z.B. Ohnmacht)? | | | | |
| Tragen Sie einen Herzschrittmacher? | | | | |
| Sind Sie im Moment schwanger? | | | | in welchem Monat? |

Bitte wenden

Anamnesebogen

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

| | Nein | Fraglich | Ja | falls Ja – seit wann? |
|--|------|----------|----|-----------------------------------|
| Herzerkrankung | | | | |
| Kreislaufferkrankung | | | | |
| Diabetes | | | | |
| Schilddrüsenerkrankung | | | | |
| Kalkmangelkrankung | | | | |
| Bluter-Krankheit | | | | |
| Hepatitis (Leberentzündung) | | | | |
| HIV (Aids) | | | | |
| Tuberkulose | | | | |
| Epilepsie | | | | |
| Creutzfeldt-Jakob-Krankheit | | | | |
| Sonstige bekannte Erkrankungen Durchgeführte OPs? Tragen Sie eine Endoprothese? | | | | falls Ja – welche und seit wann ? |

| | Nein | Ja |
|--|------|----|
| Möchten Sie in unser Recall-System aufgenommen werden und regelmäßig angeschrieben werden, wenn die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung ansteht? | | |

Sollten Sie bei der Behandlung zur Schmerzausschaltung eine lokale Anästhesie benötigen, ist unter Umständen Ihre Fahrtüchtigkeit im Straßenverkehr eingeschränkt! Wir bitten Sie dies zu beachten.

Wir führen eine Bestellpraxis. Wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie diesen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Sollte bei uns - bei Nichtabsagen - ein Ausfall entstehen, behalten wir uns vor, Ihnen den durch Sie entstandenen Ausfall entsprechend § 615 BGB in Rechnung zu stellen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihre korrekten Angaben und sind mit den oben genannten Vorschriften unserer Praxis einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

Ein Informationsblatt zur Erhebung personenbezogener Daten gemäß DSGVO liegt für sie zur Einsichtnahme aus.

Änderungen zu meinen Behandlungsdaten werde ich Ihnen stets mitteilen. Ich berechtere Sie hiermit, meine ggf. auf EDV gespeicherten Behandlungsdaten zur Weiterbehandlung einem evtl. Praxiskollegen zu übergeben.

Ort, Datum

Unterschrift