

Anamnesebogen

Name	Frau Herr Kind	Name der Krankenkasse/Versicherung
Vorname		<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> gesetzlich
Adresse	Straße Nr.	<input type="checkbox"/> Zahnzusatzversicherung
		<input type="checkbox"/> Pflegegrad
	PLZ, Ort	Name des versicherten Mitgliedes:
Geburtsdatum		Geburtsdatum:
Telefon		Email:
mobil		Für Neupatienten: Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?
Telefon Arbeit*		<input type="checkbox"/> persönliche Empfehlung von Bekannten/Verwandten
Beruf*		<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> Facebook
Arbeitgeber* * freiwillige Angaben		<input type="checkbox"/> sonstiges:

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, Ort:

	Nein	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 ein (z.B. ASS, Marcumar, Pradaxa, Xarelto usw.)?			
Wurden Sie früher im Kopf/Halsbereich bestrahlt?			
Sind Sie allergisch gegenüber Medikamenten (z.B. Penicillin)?			
Hatten Sie schon einmal Reaktionen auf lokale Betäubung (z.B. Ohnmacht)?			
Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator?			

Anamnesebogen

Sind Sie im Moment schwanger?			in welchem Monat?
-------------------------------	--	--	-------------------

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

	Nein	Ja	falls Ja – seit wann?
Herzerkrankung			
Kreislaufkrankung			
Diabetes			
Schilddrüsenerkrankung			
Kalkmangelerkrankung			
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 Vereinbarungen 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