

Anamneseformular

Patient
Name, Vorname Geburtsdatum/-ort

.....
Straße Postleitzahl/Ort

.....
Telefon privat mobil Telefon geschäftlich E-Mail

Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter (nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben)

.....
Name, Vorname Geburtsdatum/-ort

Versicherung: gesetzliche Versicherung bei _____
 private Versicherung bei _____
 freiwillig versichert Vollversicherung
 Zusatzversicherung beihilfeberechtigt
 Kostenerstattung Basistarif

Hausarzt
Name, Vorname Telefon

Sind Sie bei einem Facharzt in Behandlung?
Name, Vorname Telefon

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch: _____

1. Liegen oder lagen bei Ihnen Erkrankungen vor, an

- | | | |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| a) Herz | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| b) Blutdruck | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| c) Blutgerinnung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| d) Lunge (Asthma u. a.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| e) Leber (Gelbsucht u. a.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| f) Niere | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| g) Andere | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

2. Leiden Sie an

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| a) Diabetes mellitus (Zucker) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| b) Allergien | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| gegen: _____ | | |
| c) rheumatischen Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| d) entzündlichen/übertragbaren Krankheiten
(Tbc, HIV-Infektion, Hepatitis, Creutzfeld-Jakob-Krankheit u. a.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| e) Medikamentenunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| gegen: _____ | | |
| f) Knochenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

3. Spritzenreaktionen:

- | | | |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Werden Sie ohnmächtig? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wird Ihnen schlecht? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

4. Besteht eine Schwangerschaft? weiß nicht Ja Monat Nein

5. Nehmen Sie Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Medikamentenpass? Ja Nein

Bekommen Sie Medikamente gegen Knochenerkrankungen,
zum Beispiel Biphosphonate? Ja Nein

Haben bei Ihnen Medikamente nicht gewirkt (z. B. Antibiotika)? Ja Nein
Wenn ja, welche?

6. Letzte Röntgenaufnahme, wann?
Besitzen Sie ein Röntgennachweisheft? Ja Nein

7. Wer hat uns Ihnen empfohlen oder Sie zu uns überwiesen?

8. Möchten Sie in die Erinnerungskartei aufgenommen werden und regelmäßig zu
Kontrolluntersuchungen angeschrieben werden.

Ja Nein jährlich halbjährlich per Email per Brief

9. Ich habe die Datenschutzerklärung der Praxis zur Kenntnis genommen (hängt im Wartezimmer
aus) und stimme einer Verarbeitung meiner Daten zu.

Ja Nein

Ich willige ein, dass meine Daten im Falle einer medizinischen Notwendigkeit an den weiter-
oder mitbehandelnden Arzt weitergegeben werden.

Ja Nein

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht
und dem Datenschutz.

HINWEIS: Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt, d.h.. dass wir die Behandlungszeit
ausschließlich für Sie reservieren, wenn wir einen Termin mit Ihnen vereinbaren. Wir bitten Sie daher die
vereinbarten Zeiten pünktlich einzuhalten und bei Verhinderung nach Möglichkeit mindestens 24 Stunden
vorher abzusagen, ansonsten behalten wir uns vor, Ihnen die für Sie reservierte Behandlungszeit in
Rechnung zu stellen.

Datum _____ Unterschrift _____