

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
 Zusatzversicherung
 Kostenerstattung

- Vollversicherung
 beihilfeberechtigt
 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 | | |

2. Leiden Sie an

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| a) Diabetes mellitus (Zucker) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| b) Allergien
gegen: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 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
gegen: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 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? _____

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

10. Ich willige ein, dass bei mir/meinem Kind eine Behandlung mit Fluorid erfolgt.

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. Für jede angefangene halbe Stunde
berechnen wir Ihnen 30 Euro. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie dieser Vereinbarung zu.

Sie erklären sich einverstanden, dass wir Sie vor längeren Terminen zur Erinnerung kontaktieren dürfen.

Datum _____ Unterschrift _____