

# 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 hoch/niedrig  | <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<br>gegen: .....                                                                                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| c) rheumatischen Erkrankungen                                                                                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| d) entzündlichen/übertragbaren Krankheiten<br>(Tbc, HIV-Infektion, Hepatitis, Creutzfeld-Jakob-Krankheit u. a.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| e) Medikamentenunverträglichkeit<br>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  per SMS

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 per SMS/Email kontaktieren dürfen.

Meine Mobilnummer/Emailadresse : \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_