



## Anamnesebogen / Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Nachfolgend möchten wir Sie bitten uns allgemeine Angaben zu machen und einige Gesundheitsfragen zu beantworten, damit wir gezielt auf Ihre Wünsche und Beschwerden eingehen können. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und werden auch so behandelt.

Patient: Name, Vorname	geb. am	Straße	PLZ, Ort
Telefon privat	Mobiltelefon	Telefon dienstlich	E-Mail Adresse

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Privat       Standardtarif / Basistarif       Beihilfe       Zusatzversicherung

Familienversichert bei:

Mitglied: Name, Vorname	geb. am	Straße	PLZ, Ort
-------------------------	---------	--------	----------

Wer hat Sie uns empfohlen? Auf wessen Empfehlung kommen Sie? \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

Wann waren Sie zum letzten Mal beim Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Was ist Ihr Hauptanliegen? \_\_\_\_\_

Haben Sie besondere Wünsche / Anliegen? \_\_\_\_\_

	Ja	Nein		Ja	Nein
Haben Sie hohen Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Liegen Infektionskrankheiten vor (z.B.		
Haben Sie niedrigen Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis, Tuberkulose, Aids)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben oder hatten Sie eine Er-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bestehen z. Zt. sonstige Erkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
krankung des Herzens?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wenn ja, welche? _____		
- angeborene oder erworbene Herzfehler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt?		
- Herzklappenfehler oder Herzklappenproth.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ungefähres Datum _____		
- Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Organ _____		
- Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahre		
- Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	im Krankenhaus (Operationen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Herzoperationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wenn ja, weswegen? _____		
- Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
Nehmen Sie Medikamente ein, die die			Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnung hemmen? (z.B. Marcumar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Falls ja, welcher Monat? _____		
Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie bisher schmerzstillende		
- Lactose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Spritzen beim Zahnarzt gut vertragen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Fructose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
- Sorbit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gab es Komplikationen während oder		
- Sonstige _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nach einer zahnärztlichen Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Ja	Nein		Ja	Nein
Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?			Haben Sie Probleme		
- Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- mit empfindlichen Zähnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Erkrankung des Blutes (z.B. Blutgerinnungsstörungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- beim Kauen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Durchblutungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- mit Ihrem Zahnersatz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- mit Mundgeruch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Allergien (z.B. Heuschnupfen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- mit Zahnfleischbluten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____			- mit Zahnfleischschwund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Asthma / Lungenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- mit Kopfschmerzen, Migräne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Nervenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- mit dem Kiefergelenk?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Knirschen oder pressen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Rheuma / rheumatisches Fieber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
- Magen- Darmerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Welche Medikamente nehmen Sie z. Zt. ein?			Vertragen Sie best. Medikamente nicht?		
_____			Falls ja, welche? _____		
_____			_____		

Liebe Patientinnen, liebe Patienten,  
zum Schluss möchten wir Sie noch einmal darauf aufmerksam machen, dass wir eine organisierte Bestellpraxis sind. Wir versuchen die mit Ihnen vereinbarten Termine möglichst mit nur geringer Wartezeit für Sie einzuhalten. Sollte dies in Ausnahmefällen einmal nicht möglich sein, z.B. durch das „Einschieben“ von Schmerzpatienten oder unvorhersehbaren Komplikationen während einer Behandlung, versuchen wir Sie darüber rechtzeitig zu informieren und bitten um Ihr Verständnis. Sollten Sie einen Termin einmal nicht wahrnehmen können, so bitten wir Sie, diesen rechtzeitig, aber mindestens 48 Stunden vorher abzusagen. So haben wir die Möglichkeit, diesen Termin anderweitig zu vergeben. Nicht abgesagte Termine bzw. nicht wahrgenommene Termine erlauben wir uns gem. § 615 BGB in Rechnung zu stellen, z.B. bei einem Stundetermin € 200,-

#### **Einwilligung zur Datenverarbeitung:**

**Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung werden in unserer Praxis personenbezogenen Daten erhoben. Die Erhebung und Speicherung Ihrer Gesundheitsdaten sind gem. Art. 6 Abs. 1b EU-DSGVO notwendig und werden nach den gesetzlichen Vorgaben verarbeitet.**

**Mit der Korrespondenz bzw. Zusendung von Daten (Recall-System, ggf. einfache Praxisinformationen) in Form von E-Mail erklären Sie sich einverstanden. Die Risiken, die mit dem Versand solcher Daten einhergehen sind Ihnen bewusst.**

Ihre Versicherungskarte reichen Sie bitte innerhalb von 5 Werktagen nach Behandlungsbeginn nach, sofern diese der Praxis noch nicht vorliegt. Ansonsten erfolgt eine private Rechnungsstellung der erbrachten Leistungen. Sollten sich bei Ihnen Änderungen in Bezug auf Adresse oder Gesundheit ergeben, bitten wir Sie, dies unverzüglich an uns weiterzugeben, um Komplikationen zu vermeiden.

Vielen Dank,

Ihr Praxisteam

Dr. Claudia Zielke