

## ANAMNESE-FORMULAR

**Wir freuen uns, daß Sie unsere Zahnarztpraxis aufgesucht haben und uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen.** Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patientendaten (Herr/Frau)

Nachname, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Stadt
Telefonnummer	Mobiltelefon	
Dienst-Telefonnummer	E-Mail	

### Rechnungsempfänger (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Nachname, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Stadt

### Gesetzliche Versicherung

Name der Krankenkasse

Freiwillig versichert	Zusatzversichert
Basistarif	Beihilfeberechtigt

### Private Versicherung

Name der Krankenkasse

Standardtarif	Zusatzversichert	Kostenerstattung
---------------	------------------	------------------

### Recall / Erinnerung

Wie oft möchten Sie an Ihre Vorsorgeuntersuchung (Bonusheft) erinnert werden?

<input type="checkbox"/> ¼ jährlich	<input type="checkbox"/> ½ jährlich	<input type="checkbox"/> jährlich
-------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Wie dürfen wir Sie benachrichtigen:

<input type="checkbox"/> Festnetz	<input type="checkbox"/> Mobil	<input type="checkbox"/> Whats App	<input type="checkbox"/> Postkarte
-----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

Wünschen Sie eine individuelle Prophylaxeberatung in der Prophylaxe?

Ja  Nein

Sind Sie an unserer professionellen Zahnreinigung (Prophylaxe) interessiert?

Ja  Nein

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Praxisschild  Gelbe Seiten  Das Örtliche  Google  Facebook  Webseite

Auf Empfehlung von

Sonstiges

### Herzerkrankungen

Herzschwäche  
Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)  
Unregelmäßiger Herzschlag  
Herzschrittmacher  
Bypass  
Herzinfarkt (Wann?)

### Stoffwechselerkrankungen

Zuckererkrankung (Diabetes mellitus)  
Magen-Darm-Erkrankungen  
Schilddrüsenerkrankungen  
Sonstiges

### Infektionskrankheiten

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A oder B)  
Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis C)  
Tuberkulose  
Chronische Erkrankung der Atemwege  
HIV positiv / Aids  
Sonstiges

### Bluterkrankungen

Blutungsneigungen (Hämophilie)?  
Blutarmut (Anämie)  
Sonstiges

### Knochenstoffwechselstörungen

Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie z.B. Osteoporose (sogenannte Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen.

Ja                      Nein

Ich bin damit einverstanden, dass ich – falls notwendig – eine Lokalanästhesie (lokale Betäubung) erhalte. Ich bin darüber informiert, dass es dabei im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen kann (Taubheitsgefühl, Kribbeln). Die Irritationen verschwinden in aller Regel wieder. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen unter örtlicher Betäubung die aktive Teilnahme am Straßenverkehr für mehrere Stunden mit einem erhöhten Unfallrisiko einhergehen kann.

### Auf Wunsch rufen wir Ihnen gerne ein Taxi.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme und die Richtigkeit meiner Angaben.

---

Datum, Unterschrift des Patienten oder gesetzlichen Vertreters

26.06.2017

Seite 2 von 2

### Kreislaufkrankungen

Zu hoher Blutdruck  
Zu niedriger Blutdruck  
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?  
  
Ohnmachtsanfälle

### Allergien

Penicillin-Überempfindlichkeit  
Asthma  
Besitzen Sie einen Allergiepass  
Überempfindlich gegen

### Erkrankungen des Nervensystems

Epileptiforme Anfälle/Krämpfe  
Sonstiges

### Weitere Angaben

Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt:

Sind Sie Schwanger? Falls ja, in welchem Monat?

Rauchen Sie?

Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?

Welche Medikamente nehmen Sie?