

# ANAMNESEBOGEN



Sehr geehrte:r Patient:in,

herzlich Willkommen in unserer Praxis. Vor Ihrer Behandlung benötigen wir neben Ihren Personalien auch aktuelle Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen sorgfältig und gewissenhaft auszufüllen.

Sie können sich sicher sein – alle Ihre Informationen unterliegen nach § 203 StGB der zahnärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Zusätzlich nehmen wir die Bestimmungen der Europäischen Datenschutzverordnung (EU DS-GVO) sehr ernst. Unsere detaillierte Datenschutzinformation liegt in unserer Praxis aus.

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Bei welcher Krankenkasse (gesetzlich/privat) sind Sie versichert? \_\_\_\_\_

- gesetzlich versichert  privat versichert  
 Zusatzversicherung  beihilfeberechtigt  Basistarif

## Für Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung und für Privatpatienten:

Die für Sie erbrachten Leistungen werden entsprechend der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Dabei entscheidet der behandelnde Arzt / Zahnarzt anhand des Umfangs und der Schwierigkeit der Behandlung, in welcher Höhe zwischen dem einfachen bis dreieinhalb-fachen des Gebührensatzes abgerechnet wird. Abweichungen hiervon bedürfen natürlich der vorherigen schriftlichen Vereinbarung mit Ihnen.

## Wichtige Informationen

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert. Sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)). Ich willige der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten ein. Mit den Datenschutzbestimmungen (Stand: 05/2018) bin ich einverstanden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann, sofern kein höheres Recht dagegen spricht (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die abgedruckten Informationen von mir gelesen und verstanden wurden.

Ort / Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient:in / Zahlungspflichtige:r / gesetzliche:r Vertreter:in \_\_\_\_\_

**...Bitte wenden...**

## Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

- Hoher Blutdruck (Hypertonie)  ja  nein  
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)  ja  nein  
Herzklappenerkrankung / -defekt  ja  nein  
Herzrhythmusstörung  ja  nein  
Herzschrötmacher  ja  nein  
Herzoperation  ja  nein  
Nehmen sie blutverdünnende  
(gerinnungshemmende) Medikamente?  
(z.B.: ASS, Falithrom, Marcumar, ...)  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## weitere Erkrankungen:

- Glaukom (erhöhter Augendruck)  ja  nein  
Blutgerinnungsstörung / Bluterkrankung  ja  nein  
Asthma  ja  nein  
Lungenerkrankung  ja  nein  
Schilddrüsenenerkrankung  ja  nein  
Rheuma  ja  nein  
Epilepsie  ja  nein  
Ohnmachtsneigung  ja  nein  
Magen-Darm-Erkrankung  ja  nein  
Diabetes (Typ I / Typ II)  ja  nein  
Insulin-Pflichtig  ja  nein  
Nierenfunktionsstörung  ja  nein  
Tumorerkrankung  ja  nein  
Nehmen/nahmen Sie in diesem  
Zusammenhang Bisphosphonate  ja  nein  
Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie  ja  nein  
psychische Erkrankungen  ja  nein  
wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

sonstige Erkrankungen  ja  nein  
wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

regelmäßige Medikamente  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## Allgemeine Angaben

Wer ist Ihr Hausarzt / Allgemeinarzt?  
\_\_\_\_\_

Welche Operationen wurden bereits bei Ihnen durchgeführt?  
\_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?  nein  ja; welche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  nein  ja; wieviel?  0-10  über 10 Zig./Tag

Für Patientinnen:

Sind Sie schwanger?  nein  ja; Monat? \_\_\_\_\_

Stillen Sie?  nein  ja

Wir bitten um Mitteilung, falls während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt.

## Hinweise zur Organisation

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Bestellpraxis zu gewährleisten. Das heißt, der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie persönlich reserviert.

**Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie, uns spätestens 24 Stunden vor Terminbeginn zu informieren. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass alle in diesem Anamnesebogen gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.**

Ort / Datum \_\_\_\_\_

## Infektionserkrankung:

- HIV / AIDS  ja  nein  
Hepatitis (A / B / C)  ja  nein  
Tuberkulose  ja  nein  
Krankenhauskeime  
(MRSA o.ä.)  ja  nein

## Allergien bzw. Unverträglichkeiten

Lokalanästhetika (Spritzen)  ja  nein  
wenn ja, welche / Name \_\_\_\_\_

Schmerzmittel  ja  nein  
wenn ja, welche / Name \_\_\_\_\_

Antibiotika  ja  nein  
wenn ja, welche / Name \_\_\_\_\_

Latexallergie  ja  nein

Bestehen andere Allergien?  ja  nein  
wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergieausweis \_\_\_\_\_



Unterschrift Patient:in / Zahlungspflichtige:r / gesetzliche:r Vertreter:in