



www.zahnarzt-muenchen.com

# Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

## Persönliches

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Straße, Nr.:	PLZ, Ort:
Telefon privat:	Handy:
e-Mail:	Krankenkasse:

	gesetzlich versichert?	Zusatz- versicherung?	privat versichert?	Beihilfe- berechtigt?	Basistarif? (Nachweis)	Bonusheft?
<b>ja</b>						
<b>nein</b>						

## Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Straße, Nr.:	PLZ, Ort:

## Wer ist Ihr Hausarzt?

Name/Praxis:	Telefon:
Straße, Nr.:	PLZ, Ort:

## Hinweise zur Organisation

- Bitte teilen Sie uns spätestens 24 Stunden vor Ihrem Termin mit, wenn Sie den Termin nicht einhalten können. Sollten Sie unentschuldigt nicht zu Ihrem Termin erscheinen (speziell bei langen Terminen z.B. Kronenpräparationen) sind wir berechtigt, eine Unkostenerstattung in Höhe unserer Betriebskosten von EUR 80,- je angefangener halben Stunde für die reservierte Zeit Ihrer Behandlung zu verlangen.
- Falls Sie Ihre Krankenversicherungskarte vergessen haben, bringen Sie diese bitte innerhalb von 10 Tagen nach, ansonsten werden wir eine Privatliquidation erstellen.
- In Ausnahmefällen, wie der Beauftragung von teurem Zahnersatz, behalten wir uns das Recht vor, eine Bonitätsnachfrage bei der Schufa oder ähnlichen Institutionen durchzuführen. Ich stimme hiermit zu.
- Da unsere Praxis wissenschaftliche Beiträge in Fachzeitschriften für die Weiterbildung von Zahnärzten veröffentlicht, stimme ich hiermit zu, dass meine anonymisierten Unterlagen für obengenannte Medien zur Verfügung gestellt werden.

## In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

durch Bekannte  Telefon-/Branchenbuch  Zeitungsanzeige  Internet  Sonstiges  Überweisung von:

## Haben Sie

akute Schmerzen?  einen Implantat-Pass?  einen Röntgen-Pass?

## Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des

Herzens oder Kreislaufs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Leber?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nieren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Schilddrüse?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Magen-Darm-Traktes?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Gelenke (Rheuma)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## Haben oder hatten Sie

hohen Blutdruck?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ohrensausen/Tinnitus?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Epilepsie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
grünen Star?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Tuberkulose?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
einen HIV positiven Befund?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Hepatitis? A B C	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes? Typ I Typ II	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Allergien?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

bitte Allergie-Pass mitbringen!

## Zu Ihrem Herzen

Haben oder hatten Sie.....  einen Herzschrittmacher?  künstliche Herzklappen?  
(erhöhtes Endokarditis Risiko)

eine Angina pectoris?  einen Herzinfarkt?

## Medikamente

Nehmen Sie....  Herzmedikamente?  Cortison (Kortikoide)?  Antidepressiva?

blutverdünnende Medikamente (Marcumar, Aspirin, Eliquis, Plavix, Ginko, Ingwer, ...)

regelmäßig Schmerzmittel?  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?  ja  nein

Wenn ja, gegen welche: \_\_\_\_\_

## Für unsere Patientinnen

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein wenn ja, welche Schwangerschaftswoche SSW? \_\_\_\_\_

## Fragen und Anmerkungen:

-

Ich bestätige, dass ich die an der Rezeption ausgelegte Patienteninformation zum Datenschutz gelesen habe und gebe hiermit meine **Einwilligung zur Erfassung und Verarbeitung meiner persönlichen Daten**.  JA  NEIN

Des weiteren stimme ich zu, dass meine Begleitperson sich während meiner Behandlung im Behandlungszimmer aufhalten darf und es der Zahnarztpraxis in einem zahnmedizinischen Notfall erlaubt ist, mir einen anwesenden vertretenden Behandler zuzuteilen, sollte mein Behandler nicht zugegen sein, oder zeitlich verhindert sein.

München, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_