

## ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,  
wir heißen Sie in unserer Praxis herzlich willkommen! Um eine bestmögliche Behandlung und einen professionellen Praxisablauf gewährleisten zu können, ist es sehr wichtig, dass Sie die nachfolgenden Fragen so genau wie möglich beantworten. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGb., sowie den Bestimmungen des Datenschutzes. Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig aus.

### 1. STAMMDATEN – FRAGEN ZUR PERSON

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	
Telefon (privat und mobil)	Telefon (dienstlich)	
E-Mail	aktuelle berufliche Tätigkeit	

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch? Ergänzen Sie bitte:

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

Wie sind Sie versichert?

<input type="radio"/> Gesetzlich versichert	<input type="radio"/> Privat versichert (Normaltarif)
<input type="radio"/> mit Zahnzusatzversicherung	<input type="radio"/> Basistarif
	<input type="radio"/> Beihilfeberechtigt

### 2. FRAGEN ZUR GESUNDHEIT

<b>Herz-Kreislauf-Erkrankungen:</b>	Ja	Nein	
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzklappenerkrankung/ -defekt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzerkrankung / Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzoperation (Stents oder Bypass)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Infektionserkrankungen:</b>	Ja	Nein	
HIV / Aids	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hepatitis A / B / C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tuberkulose (TBC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

  

<b>Weitere Erkrankungen:</b>	Ja	Nein	
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Asthma / schwere Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Haben Sie eine hier nicht aufgeführte Erkrankung?

Sonstige: \_\_\_\_\_

<b>Allergien / Unverträglichkeiten:</b>	Ja	Nein	
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Lokalanästhetika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Antibiotika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Latex	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Jod	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

  

<b>Allgemeine Angaben:</b>	Ja	Nein	
Raucher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
wenn ja, <input type="radio"/> > als 20 <input type="radio"/> < als 20 Zig./Tag			
Alkoholgenuss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
wenn ja, <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> oft			
Drogenkonsum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Sonstige: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Bisphosphonate ein?

Ja  Nein

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine Strahlentherapie?

Ja  Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja  Nein

.....  
Wenn ja, welche?  
.....  
.....  
.....

#### Für Frauen:

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja  Nein  ich bin nicht sicher

wenn ja, welche SSW: .....

Stillen Sie?

Ja  Nein

.....  
**Bitte teilen Sie uns zeitnah mit, wenn sich Ihre Adresse, Ihre Telefonnummer sowie Gesundheitszustand und / oder Ihre Medikamente geändert haben!**  
.....

#### In eigener Sache

Sie haben die Möglichkeit eine Lokalanästhesie während der zahnärztlichen Behandlung zu erhalten. Eine solche Anästhesie kann in seltenen Fällen zu Komplikationen führen, über die wir Sie im Folgenden informieren:

1. Kreislaufdysregulation (z.B. Übelkeit / Kollaps)
2. Allergische Reaktion (z.B. Hautausschlag)
3. Nerv-Verletzung (z.B. Kribbeln oder Taubheitsgefühl)

Durch die Anästhesie kann die Verkehrstauglichkeit eingeschränkt sein. Die Teilnahme am Straßenverkehr liegt in Ihrer Verantwortung.

Zur sicheren Wundversorgung nach Extraktionen kann manchmal ein Gelatine-Schwämmchen notwendig sein. Bitte informieren Sie uns, wenn wir auf die Verwendung Produkte tierischen Ursprungs verzichten sollen.

Veganer  Vegetarier  Nein

### 3. Angaben zum Hausarzt und Zahnarzt

#### I. Hausarzt

.....  
Praxisname

.....  
Name, Vorname des Arztes

.....  
Adresse

.....  
Telefonnummer

#### II. Bei wem waren Sie zuletzt in zahnärztlicher Behandlung?

.....  
Praxisname

.....  
Name, Vorname des Arztes

.....  
Adresse

.....  
Telefonnummer

#### III. Wurden in den letzten zwei Jahren Röntgenaufnahmen oder eine digitale Volumentomographie (DVT) angefertigt?

Ja  Nein  DVT

Wenn ja,wo?  Zähne/Kiefer  
 Hals- / Kopfbereich

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die vorhandenen Röntgenbilder zu diagnostischen Auswertungszwecken durch das Praxispersonal angefordert werden dürfen. Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass im Falle einer notwendigen Fachkonsultation mein Hausarzt und / oder Zahnarzt kontaktiert werden dürfen.

#### Unsere Praxis wurde Ihnen empfohlen?

Bei wem dürfen wir uns bedanken?  
.....

#### 4. Recall

Damit Sie Ihre Termine nicht versäumen, bieten wir einen Erinnerungsservice an. Wie möchten Sie erinnert werden?

telefonisch  WhatsApp   
 E-Mail  nicht nötig

Wir bitten Sie, vereinbarte Termine einzuhalten! Falls es Ihnen einmal nicht möglich sein sollte, sagen Sie bitte mindestens 24 Stunden vorher ab. Andernfalls können daraus entstandene Kosten in Rechnung gestellt werden.

.....  
Berlin, Datum und Unterschrift