

# ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir, das Team von der Praxis renchen ZAHNMEDIZIN, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Um Ihnen eine Betreuung auf hohem Niveau zu gewährleisten und gezielt auf Ihre individuellen gesundheitlichen und persönlichen Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

## PERSÖNLICHE ANGABEN

Name · Vorname  Titel

Straße · Hausnummer  Geburtsdatum

Postleitzahl · Ort  Geburtsort

Telefon (privat)  **Telefon (mobil)** \*Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten wünschen  **E-Mail** \*Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kommunikation über dieses Medium wünschen

Hausarzt (Name · Ort)

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Hauptversicherter?

Name · Vorname  Geburtsdatum · Geburtsort

Straße · Hausnummer  Postleitzahl · Ort  Telefon (privat)

Wie sind Sie versichert?

Gesetzlich versichert

Bonusheft

Privat versichert  Basistarif  Standardtarif

Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung?  Ja  Nein

Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?  Ja  Nein

## ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                     | <input type="checkbox"/> Endokarditisprophylaxe | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt         | <input type="checkbox"/> Herzfehler · künstliche Herzklappe |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher                            | <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck        | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Ohrensausen · Tinnitus             |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie                                    | <input type="checkbox"/> Grüner Star (Glaukom)  | <input type="checkbox"/> Leber               | <input type="checkbox"/> Nieren                             |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse                                  | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt       | <input type="checkbox"/> Gelenke (Rheuma)    | <input type="checkbox"/> Osteoporose                        |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung                              | <input type="checkbox"/> Immunsuppression       | <input type="checkbox"/> Schlaganfall        | <input type="checkbox"/> Asthma                             |
| <input type="checkbox"/> Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen   |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Allergien Wenn ja, welche? _____             |   |  | <input type="checkbox"/> Haben Sie einen Allergiepass?      |
| <input type="checkbox"/> Andere nicht aufgeführte Erkrankungen? _____ |   |  |   |

Leiden Sie unter folgenden Infektionskrankheiten?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> Tuberkulose                        | <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob (CJK) · Varianten CJK |
| <input type="checkbox"/> HIV · AIDS   | <input type="checkbox"/> Krankenhauskeime (z.B. MRSA, etc.) |  |
| <input type="checkbox"/> Test COVID-19  | Letzte Testung am: _____                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Impfung COVID-19   | Impfung am: _____   |  |

BITTE WENDEN

Nehmen Sie Medikamente ein?  
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bisphosphonate        | <input type="checkbox"/> Blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar®, Xarelto®, Eliquis®, Pradaxa® oder ASS®) |
| <input type="checkbox"/> Cortison (Kortikoide) | <input type="checkbox"/> Antidepressiva <input type="checkbox"/> Blutdruckmedikamente                         |
| <input type="checkbox"/> Herzmedikamente       | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel  |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Medikamente? | Wenn ja, welche? _____  |

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten?

- Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_

#### ANGABEN ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- |  |                          |   |                          |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Leiden Sie unter Zahnschmerzen?            | <input type="checkbox"/> | Leiden Sie unter Mundgeruch?  | <input type="checkbox"/> |
| Blutet Ihr Zahnfleisch?                    | <input type="checkbox"/> | Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?                                   | <input type="checkbox"/> |
| Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?         | <input type="checkbox"/> | Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?                                   | <input type="checkbox"/> |
| Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen? | <input type="checkbox"/> | Wurde bei Ihnen bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? | <input type="checkbox"/> |

Sonstiges \_\_\_\_\_

Was wünschen Sie sich langfristig für Ihre Zahngesundheit?\* \_\_\_\_\_

\*Freiwillige Angabe – diese Angaben sind für die Behandlung sinnvoll, jedoch nicht zwingend erforderlich

#### SONSTIGE ANGABEN

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- |   |                          |                                       |       |
|---|--------------------------|---------------------------------------|-------|
| Besteht eine Schwangerschaft?             | <input type="checkbox"/> | Wenn ja, welche Woche · Monat?        | _____ |
| Rauchen Sie?                              | <input type="checkbox"/> | Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? | _____ |
| Schnarchen Sie?                           | <input type="checkbox"/> |                                       |       |
| Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? |                          |                                       | _____ |

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?\*  Empfehlung  Internet

\*Freiwillige Angabe – hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik

#### AUFKLÄRUNG ÜBER DIE ZAHNÄRZTLICHE LOKALANÄSTHESIE

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann.

Hinweis zur Organisation: Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort · Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

#### HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN · \*HINWEIS ZU FREIWILLIGEN ANGABEN

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

\_\_\_\_\_  
Ort · Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

WIR DANKEN IHNEN HERZLICH FÜR IHRE BEANTWORTUNGSZEIT!  
IHR TEAM DER PRAXIS renchen ZAHNMEDIZIN