



## ANAMNESEBOGEN

### Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen vor dem ersten Besuch gewissenhaft auszufüllen, um Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen zu können. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand – wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### Persönliches

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Nummer	Postleitzahl, Ort	Beruf
Telefon	Telefon Mobil	E-Mail

**Terminreminderung** per Telefon/SMS/E-Mail erwünscht  ja  nein

Dürfen wir Ihre Unterlagen (Karteikarte, Röntgenbilder) zum Zweck einer Konsultation mit einem anderen Arzt per E-Mail versenden?  ja  nein

Hiermit erteile ich folgenden Personen gegenüber eine **Schweigepflichtentbindung**:

Name, Geburtsdatum, Anschrift

### Versicherung

Krankenkasse

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Gesetzlich versichert | <input type="radio"/> Privat versichert  | <input type="radio"/> Zusatzversicherung |
| <input type="radio"/> Basistarif            | <input type="radio"/> Beihilfeberechtigt | <input type="radio"/> Selbstzahler       |

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers.

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	Postleitzahl, Ort

### Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

## Allgemeine Gesundheitssituation

	ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

wenn ja, welche:

---

---

Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheumatische Krankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Allergien</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

wenn ja, welche:

---

---

Ohnmacht nach  
zahnärztlicher Betäubung?

Sonstige Erkrankungen:

	ja	nein
Infektionskrankheiten:		
HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sonstige:

Nehmen Sie Medikamente ein?

wenn ja, welche:

Herzmedikamente:

Cortison:

Schmerzmittel:

Antidepressiva:

**blutverdünnende Medikamente:**

(z.B. ASS, Marcumar, Heparin, Eliquis)

Sonstige:

Rauchen Sie?

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger? KW:

Behandelnde Ärzte (Hausarzt,  
etc.):

## Mundgesundheitsituation

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

- |  |                                      |   |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Vorsorgeuntersuchung | <input type="radio"/> Beratung       | <input type="radio"/> Schmerzbehandlung Zähne       |
| <input type="radio"/> Neuer Zahnersatz     | <input type="radio"/> Zweite Meinung | <input type="radio"/> Schmerzbehandlung Kopf/Nacken |
| <input type="radio"/> Sonstiges:           |                                      | <input type="radio"/> Überweisung Arzt              |

Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?

Haben Sie Zahnfleischprobleme, Blutungen beim Zähneputzen, Zahnfleischrückgang?

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig professionell gereinigt (PZR/Prophylaxe)?

Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden. Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Medikamente und Einnahme sowie Ihrer Anschrift unverzüglich mit.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift

### Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person gemäß Art. 13 DSGVO:

Alle Informationen zum Thema Datenschutz entnehmen Sie bitte der in unserem Wartezimmer ausliegenden Datenschutzerklärung oder unserer Website ([www.zahnmedizin-verden.de/anamnesebogen](http://www.zahnmedizin-verden.de/anamnesebogen)).