



## 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 \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

### Versicherung

Gesetzlich versichert     Privat versichert     Zusatzversicherung

Basistarif     Beihilfeberechtigt     Selbstzahler

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

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

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

### Kommunikation / Schweigepflichtentbindung

Terminerinnerung erwünscht?     ja, per Telefon     ja, per SMS     ja, per E-Mail     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):

**Wichtiger Hinweis:** Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte bis spätestens 24 Stunden vorher ab. Das gibt uns die Chance, anderen Patienten einen Terminwunsch zu erfüllen. **Bei unbegründetem Nichterscheinen behalten wir uns vor, eine Ausfallgebühr in Höhe von 50 € zu erheben. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.**

## Allgemeine Gesundheitssituation

Blutdruck:  niedrig  normal  hoch

**ja** **nein**

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche?

---

Medikamentenallergie(n)?  ja  nein

Wenn ja, welche?

---

Herzerkrankungen/Herzrhythmusstörungen?  ja  nein

Blutgerinnungsstörung?  ja  nein

Schlaganfall?  ja  nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein

Blutverdünner (z.B. Marcumar, ACC)?  ja  nein

Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, HIV)?  ja  nein

Diabetes (Zuckerkrankheit)?  ja  nein

Schilddrüsenerkrankung?  ja  nein

Andere Erkrankungen, OPs, Allergien?  ja  nein

Wenn ja, welche?

---

Rauchen Sie?  ja  nein

Ohnmacht nach (zahnärztlicher) Betäubung?  ja  nein

Liegt bei Ihnen Pflegegrad 1,2 oder 3 vor?  ja  nein

## Zahn-Mund-Situation

Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt?

---

**ja** **nein**

Wurden Ihre Zähne regelmäßig professionell gereinigt (Prophylaxe)?  ja  nein

Zahnfleischbluten/-entzündungen/-rückgang?  ja  nein

Zähneknirschen/Pressen?  ja  nein

Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Kauen)?  ja  nein

Schmerzen am Kopf oder im Nacken?  ja  nein

Probleme beim Reinigen der Zähne?  ja  nein

Schnarchen?  ja  nein

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

Wenn nein, was möchten Sie ändern?

---

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

**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)).