

# Anamnesebogen



R O D E N T A L  
ZAHNARZTPRAXIS

Herzlich willkommen!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, damit Ihre Behandlung an Ihre Bedürfnisse und an Ihren Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne!

Selbstverständlich unterliegen sämtliche Informationen, die Sie uns geben, der ärztlichen Schweigepflicht.

Wir führen eine Bestellpraxis. Das bedeutet, dass für Sie keine oder fast keine Wartezeiten entstehen. Wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da wir dann die für Sie reservierte Zeit anderweitig vergeben können. Kassenpatienten sind bei uns nicht „Kunden zweiter Klasse“! Wir setzen uns für die optimale Zahnpflege und Zahnerhaltung eines jeden unserer Patienten ein. Jedoch werden viele unserer Behandlungsmethoden nicht oder nur teilweise von den Krankenkassen bezahlt.

In einigen Fällen werden Sie persönlich für die Behandlung aufkommen müssen. Wir informieren Sie vor der Behandlung bei uns über den Umfang dieser Leistungen, die Ihnen auch als Kassenpatient die Möglichkeiten einer zahnärztlichen Behandlung auf dem höchsten, aktuellen und wissenschaftlich fundierten Niveau eröffnet.

Patient/in: \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum

Versicherte/r: \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Arbeitgeber/in: \_\_\_\_\_  
Firmenname/ ggf. Adresse Beruf

Telefon: \_\_\_\_\_  
privat mobil geschäftlich

E-Mail: \_\_\_\_\_ ggf. Fax privat: \_\_\_\_\_

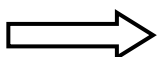
Empfohlen durch: \_\_\_\_\_

**Krankenversicherung:**  gesetzliche Krankenkasse (GKV)  gesetzliche Krankenkasse + Zusatzversicherung  
 private Krankenkasse (PKV)  PKV/ Basistarif  Rechnung doppelt ausstellen

**Name der Krankenversicherung:** \_\_\_\_\_

## Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

1. Haben Sie Zahnschmerzen?  Nein  Ja
2. Blutet Ihr Zahnfleisch?  Nein  Ja
3. Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?  Nein  Ja
4. Sind Ihre Zähne gelockert?  Nein  Ja
5. Berichtet Ihr Umfeld über Knirsch- oder Klappergeräusche im Schlaf?  Nein  Ja
6. Haben Sie Schmerzen und/ oder Ermüdung der Kaumuskulatur?  Nein  Ja
7. Haben Sie vorübergehende Schläfenkopfschmerzen?  Nein  Ja
8. Haben Sie Schwierigkeiten bei der Mundöffnung?  Nein  Ja
9. Haben Sie empfindliche Zähne am Morgen?  Nein  Ja
10. Haben Sie Kiefergelenksschmerzen?  Nein  Ja
11. Haben Sie Angst vor der Behandlung?  Nein  Ja
12. Haben Sie herausnehmbaren Zahnersatz?  Nein  Ja
13. Wurden Röntgenbilder erstellt?  Nein  Ja  
Wann? \_\_\_\_\_
14. Sind Sie zufrieden mit dem Aussehen Ihrer Zähne? (Farbe, Form, Stellung)  Nein  Ja
15. Möchten Sie regelmäßig an eine Kontrolluntersuchung (Recall) erinnert werden?  Nein  Ja  
Wenn ja, per:  Post  E-Mail



**Medizinische Befunderhebung**  
**Besteht, bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?**

16. Allergien (Allergiepass)  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_
17. Atemwegserkrankungen  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_
18. Blutgerinnungsstörungen  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_
19. Diabetes  Nein  Ja, welche?  Typ I  Typ II
20. Anfallsleiden (Epilepsie)  Nein  Ja
21. Schilddrüsenerkrankung  Nein  Ja, welche?  Überfunktion  Unterfunktion  \_\_\_\_\_
22. Erhöhter Augeninnendruck (Glaukom)  Nein  Ja
23. Herz-, Kreislaufferkrankung  Nein  Ja, welche?  Herzinsuffizienz  Angina pectoris  
 Herzinfarkt  Herzrhythmusstörungen  
 Herzklappenfehler  Herzklappenersatz  
 Durchblutungsstörung  Schlaganfall (Apoplex)  
 erhöhter Blutdruck (Hypertonie)  Schrittmacher  
 verminderter Blutdruck (Hypotonie)
24. Erkrankungen der blutbildenden Organe  Nein  Ja
25. Infektionskrankheiten  Nein  Ja, welche?  TBC  Immunmangel-Syndrom (AIDS)  HIV  
 Hepatitis A  Hepatitis B  Hepatitis C
26. Lebererkrankungen  Nein  Ja
27. Magen-, Darmerkrankungen  Nein  Ja
28. Nierenerkrankungen  Nein  Ja, welche?  chron. Niereninsuffizient  Dialyse
29. Rheumaerkrankungen  Nein  Ja
30. Tumorerkrankungen  Nein  Ja
31. Osteoporose  Nein  Ja
32. Psychosomatische Erkrankung  Nein  Ja
33. Sonstige Erkrankungen  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_
34. Nehmen Sie Bisphosphonate ein?  Nein  Ja  
(z.B. Didronel-Kit, Ostac, Bonefos, Skelid, Aredia, Fosamax, Actonel, Bondronat, Zometa)
35. Rauchen Sie?  Nein  Ja \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag
36. Besteht eine Schwangerschaft?  Nein  Ja \_\_\_\_\_ Monat
37. Nehmen Sie Medikamente ein?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_
38. Existiert ein Medikationsplan?  Nein  Ja
39. Nehmen Sie Drogen?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_
40. Befinden Sie sich in ärztlicher  
Behandlung?  Nein  Ja  
Name des Arztes: \_\_\_\_\_  
Tel. des Arztes: \_\_\_\_\_
- Hausarzt \_\_\_\_\_

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung**

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 DSGVO vom 25.05.2018

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die Nutzung im Behandlungsverlauf durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis 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 Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r