***Anamnesebogen***

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Um eine gewissenhafte Behandlung durchführen zu können, benötigen wir vorab Ihre Hilfe. Insbesondere die Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand helfen uns, Ihre Behandlung angenehm und risikofrei zu gestalten. Wir bitten Sie deshalb, uns auch in Zukunft jegliche Änderungen vor Behandlungsbeginn mitzuteilen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht nach §203 StGb und den Bestimmungen des Datenschutzes.

***Zusätzliche persönliche Daten:***

Telefonnummer privat/dienstlich: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Email-Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Arbeitgeber:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Versicherungsstatus***

€ gesetzliche Krankenkasse € private Krankenkasse € Standard/Basistarif   
€ Zusatzversicherung € Beihilfe   
€ Pflegegrad: Stufe\_\_\_\_\_\_\_\_ € Schwerbehindertenausweis  
€ Falls Sie über jemanden anderes (mit-)versichert sind, benötigen wir folgende Angaben:  
Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Erinnerungsservice:***Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Erinnerungsservice per Post für Ihre Kontrolluntersuchungen und unsere Prophylaxe an. Sollen wir diesen unverbindlichen Service für Sie einrichten, dann kreuzen Sie bitte Zutreffendes an:  
€ Kontrolluntersuchung € Prophylaxe

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

***Interessieren Sie sich für eines der folgenden Themen?***

€ Sportmundschutz € Alternativen zur Kassenfüllung € Mundgesundheit € Bleaching (Zahnaufhellung)

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

***Hinweis an unsere Kassenpatienten:***Ihre Krankenversichertenkarte wird bei jedem ersten Besuch im Quartal benötigt. Liegt uns diese auch 10 Tage nach Ihrer Behandlung nicht vor, werden Sie als Privatpatient betrachtet und erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

***Bestellsystem:***Wir sind stets darauf bedacht Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen und arbeiten als Bestellpraxis. Das heißt an Ihrem Termin wird Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Damit erhalten wir die Chance Ihren Termin anderen Patienten/Patientinnen anzubieten. Bedenken Sie bitte, dass wir Schmerzfälle mit in das Bestellsystem einbinden müssen – dadurch kann es zu unvorhergesehenen Zeitverzögerungen kommen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und verpflichte mich sämtliche Änderungen – insbesondere der allgemein ärztlichen Anamnese jeweils vor Behandlungsbeginn bekannt zu geben.

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Allgemeine gesundheitliche Situation***

*Bitte zutreffendes Ankreuzen und Ausfüllen*

Stehen Sie derzeit in **ärztlicher Behandlung**? € ja € nein  
Wenn ja, wegen welcher(n) Erkrankung(en)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie einen **Hausarzt**? € ja € nein  
Name und Ortschaft: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? *Gerne können Sie uns Ihren Medikamentenplan zum Kopieren reichen!*   
Wenn ja: € Bisphosphonate z.B. Alendronat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

€ gerinnungshemmende Medikamente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 z.B. Xarelto, ASS, Falithrom   
€ Psychopharmaka z.B. Antidepressiva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
€ Schmerzmittel z.B. Aspirin \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
€ Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bestehen **Allergien**?   
Wenn ja: € Latex € Medikamente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € Asthma € Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bestehen **Herzerkrankungen**?   
Wenn ja: € Herzschwäche (Insuffizienz) € unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)

€ Angina pectoris € Herzschrittmacher € Herzklappenersatz

€ Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bestehen **Kreislauferkrankungen**?  
Wenn ja: € hoher Blutdruck € niedriger Blutdruck € Zustand nach Herzinfarkt

€ Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten € Schlaganfall

Bestehen **Stoffwechselerkrankungen**?   
Wenn ja: € Zuckerkrankheit (Diabetes) € Magen- Darmerkrankungen € Schilddrüsenerkrankungen

Bestehen Erkrankungen des **Nervensystems**?  
Wenn ja: € Epilepsie € Krämpfe

Bestehen **Augenerkrankungen**?  
Wenn ja: € Glaukom € Kontaktlinsen € Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bestehen **Bluterkrankungen**?  
Wenn ja: € Blutungsneigung (Hämophilie) € Blutarmut (Anämie)

Bestehen **Infektionserkrankungen**?  
Wenn ja: Hepatitis € A € B € C € Tuberkulose € HIV /Aids

Bestehen **sonstige Erkrankungen**?  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sind oder waren Sie **drogen**- oder **alkoholabhängig**? € ja € nein

**Rauchen** Sie? € ja € nein

Für unsere Patientinnen: Sind Sie **schwanger**? € ja € nein

Wurden Sie in den letzten zwei Jahren im   
Kopf-Kiefer-Zahnbereich in einer anderen Praxis **geröngt**? € ja € nein

Besitzen Sie eine **Schiene** für Ihre Zähne? € ja € nein

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_