

# 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:** \_\_\_\_\_

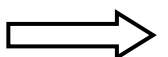
## Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen?  Nein  Ja Blutet Ihr Zahnfleisch?  Nein  Ja  
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?  Nein  Ja Sind Ihre Zähne gelockert?  Nein  Ja  
Berichtet Ihr Umfeld über Knirsch- oder Klappergeräusche im Schlaf?  Nein  Ja  
Haben Sie Schmerzen und/ oder Ermüdung der Kaumuskulatur?  Nein  Ja  
Haben Sie vorübergehende Schläfenkopfschmerzen?  Nein  Ja  
Haben Sie Schwierigkeiten bei der Mundöffnung?  Nein  Ja  
Haben Sie empfindliche Zähne am Morgen?  Nein  Ja  
Haben Sie Kiefergelenksschmerzen?  Nein  Ja Haben Sie Angst vor der Behandlung?  Nein  Ja  
Haben Sie herausnehmbaren Zahnersatz?  Nein  Ja Wurden Röntgenbilder erstellt?  Nein  Ja  
Wann? \_\_\_\_\_

Sind Sie zufrieden mit dem Aussehen Ihrer Zähne? (Farbe, Form, Stellung)  Nein  Ja

Möchten Sie regelmäßig an eine Kontrolluntersuchung (Recall) erinnert werden?  Nein  Ja

Wenn ja, per:  Telefon  Post  E-Mail



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

Allergien (Allergiepass)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche? _____	
Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche? _____	
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche? _____	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?	<input type="checkbox"/> Typ I <input type="checkbox"/> Typ II
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?	<input type="checkbox"/> Überfunktion <input type="checkbox"/> Unterfunktion <input type="checkbox"/> _____
Erhöhter Augeninnendruck (Glaukom)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Herz-, Kreislaufferkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> Angina pectoris <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung <input type="checkbox"/> Schlaganfall (Apoplex) <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck (Hypertonie) <input type="checkbox"/> verminderter Blutdruck (Hypotonie)
Erkrankungen der blutbildenden Organe	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?	<input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> Immunmangel-Syndrom (AIDS) <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Magen-, Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?	<input type="checkbox"/> chron. Niereninsuffizient <input type="checkbox"/> Dialyse
Rheumaerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Psychosomatische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche? _____	
Nehmen Sie Bisphosphonate ein? (z.B. Didronel-Kit, Ostac, Bonefos, Skelid, Aredia, Fosamax, Actonel, Bondronat, Zometa)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____	Zigaretten pro Tag
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____	Monat
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche? _____	
Existiert ein Medikationsplan?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche? _____	
Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> 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 Verarbeitung 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 \_\_\_\_\_