

# Anamnesebogen

Name, Vorname: ..... Geburtsdatum, -ort: .....  
 Mitglied der Versicherung, falls abweichend:  
 Name, Vorname: ..... Geburtsdatum: .....  
 Anschrift: .....  
 Telefon: ..... Mobil: ..... E-Mail: .....  
 Beruf: .....  
 Hausarzt/Hausärztin: .....  
 Krankenkasse: .....  beihilfeberechtigt  zusatzversichert  privat versichert

## Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung  Internet  Telefonbuch  Gelbe Seiten  Sonstiges: .....

Für die Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein.  
 Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.  
 Sie werden streng vertraulich behandelt. Wir bitten Sie, Zutreffendes anzukreuzen.

### Herz, Kreislauf, Gefäße

- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Herzinfarkt
- Stent, Bypass, Gefäßprothese
- Herzklappenentzündung (Endokarditis)
- Herzklappenfehler
- Künstliche Herzklappe
- Thrombose
- Aneurysma, z.B. der Aorta

### Atemwege, Lunge

- Asthma
- Chronische Bronchitis
- Chron. Nasennebenhöhlenentzündung
- Schlafprobleme
- Schnarchen

### Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit (Diabetes)  Typ 1  Typ 2
- Schilddrüsenerkrankung

### Verdauungstrakt, Leber, Nieren

- Sodbrennen/Reflux
- Magen-/Dünndarmgeschwür
- Morbus Crohn
- Colitis ulcerosa
- Eingeschränkte Leberfunktion
- Eingeschränkte Nierenfunktion
- Dialyse

### Nervensystem

- Schlaganfall
- Krampfanfälle/Epilepsie
- Depressionen, Angstzustände

### Bewegungsapparat

- Gelenkersatz
- Bandscheibenbeschwerden
- Muskelschwäche
- Fibromyalgie
- Rheuma/Arthritis
- Osteoporose

### Infektiöse Erkrankungen

- HIV/AIDS
- Hepatitis Typ  A  B  C
- Tuberkulose
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, auch neue Variante

### Allergien, Unverträglichkeiten

- Spritzen (Lokalanästhesie)  Antibiotika
- Schmerzmittel  Latex  Metalle  Jod
- Sonstiges: .....

### Blut

- Gerinnungsstörungen selber/in der Familie  
Wer betroffen, wovon?  
.....
- Häufig Nasenbluten, blaue Flecken
- Nachblutung nach Operationen

**Gerinnungshemmende Medikamente**

- Aspirin® (ASS)    Marcumar®    Plavix®
- Xarelto®             Pradaxa®
- Sonstiges: .....

**Knochenmedikamente**

- Bisphosphonate z.B. Zoledronat, Alendronat, Bondronat®. Welches Medikament, warum, wann, wie eingenommen?  
.....
- Antikörper, z.B. Denosumab

**Immunsuppressive Medikamente**

- Hochdosierte Kortisonpräparate
- Andere immunschwächende Medikamente  
Welche? .....

**Sonstige regelmäßige Medikamente**

.....  
 .....  
 .....

Wir bitten um Vorlage einer Medikamentenliste, falls vorhanden.

**Besteht eine Schwangerschaft?**

- ja    nein                      Welche Woche? .....

**Genussmittel**

- Rauchen  
Wieviel, seit wann? .....
- Alkohol    Wieviel? .....
- Drogen    Welche? .....
- Früherer Drogenkonsum
- Sonstiges: .....

**Diverses**

- Mukoviszidose
- Grüner Star (Glaukom)
- Organtransplantation
- Stammzelltransplantation
- Krebserkrankung
- Chemotherapie
- Neutropenie
- Strahlentherapie

**Zahn, Mund, Kiefer**

- Zahnfleischbluten
- Zahnfleischrückgang
- Schlechter Geschmack/Mundgeruch
- Knirschen
- Kiefergelenkbeschwerden
- Tinnitus
- Zungenbrennen
- Nicht zufrieden mit dem eigenen Lächeln  
(Stellung, Farbe, Form der Zähne)

**Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis? .....**

Wir weisen Sie darauf hin, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist. Zusätzlich weisen wir darauf hin, dass bei der Lokalanästhesie insbesondere im Unterkiefer („Leitungsanästhesie“) sehr selten eine Nervenschädigung auftreten kann, wiederum extrem selten mit bleibender Taubheit und/oder Geschmacksstörung.

Ich verpflichte mich, Änderungen meines Gesundheitszustandes mitzuteilen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. spätestens 24 h vor dem vereinbarten Termin abzusagen. **Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können. Bei dem Versäumnis eines einstündigen Termins können bis zu 100 EUR, bei einem halbstündigen Termin bis zu 50 EUR berechnet werden.**

..... , den ..... Unterschrift: .....

## Unser Service-Angebot für Sie:

### Erinnerung an Vorsorgeuntersuchungen (Kontrollen und Prophylaxe) für Ihre Zahngesundheit

Künftig besteht für Sie die Möglichkeit, sich an die Kontroll- und Zahnreinigungstermine (Prophylaxe) bei uns per E-Mail oder per Post erinnern zu lassen.

Falls Sie diesen kostenlosen Service nutzen möchten und bereit sind, an unserem sog. Recall-System teilzunehmen, können Sie es uns hier mitteilen:

Ich (Vorname, Name) \_\_\_\_\_ möchte

den kostenlosen Service nutzen und

- an Kontrolluntersuchungen       und/oder an die Professionelle Zahnreinigung
- per E-Mail: Meine E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_
- oder per Post (Anschrift s. Anamnesebogen Seite 1)

erinnert werden.

Hiermit erkläre ich mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

Bei Minderjährigen muss der Erziehungsberechtigte unterzeichnen:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name in Druckschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigter