

# Anamnese

**Vorname:** .....

**Name:** .....

**Geburtsdatum:** .....

## Gesundheitsbogen für Ihre zahnärztliche Beratung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient! Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie den Fragenbogen sorgfältig aus. Er dient unserer Vorbereitung auf Ihren Termin und wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Selbstverständlich unterliegen die Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Gerne helfen wir Ihnen bei Fragen weiter und danken für Ihre Mitarbeit.

## Versichertendaten

**Nachname:**

.....

**Vorname:**

.....

**Strasse:**

.....

**Hausnummer:**

.....

**PLZ:**

.....

**Ort:**

.....

**Geburtsdatum:**

.....

**Telefon Festnetz:**

.....

**Telefon mobil:**

.....

**E-Mail:**

.....

**Hausarzt:**

.....

**Sind Sie Familienversichert? Wenn ja, Hauptversicherter Nachname, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift**

.....

**Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Wenn ja, bei welcher sind Sie?**

.....

## Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand

**Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen? (bitte nur zutreffendes mit Ja bestätigen)**

- Blutgerinnungsstörung
- Herzinsuffizienz
- Herzinfarkt
- künstl. Herzklappe
- Herzschrittmacher
- Stent/s
- Hypertonie (erhöhter Blutdruck)
- Hypotonie (niedriger Blutdruck)
- Apoplex (Schlaganfall)
- Epilepsie (Anfallsleiden)
- Atemwegserkrankung (Asthma, COPD)
- Diabetes Typ 1
- Diabetes Typ 2
- Lebererkrankung
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Hepatitis C
- Osteoporose
- Immunkrankheit (HIV)
- Krebserkrankung
- Chemotherapie
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion
- Covid 19 geimpft
- Covid 10 genesen
- Sonstiges:
- Sonstige: .....

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?**

.....

**Welche Allergien haben Sie?**

.....

**Für unsere weiblichen Patienten. Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Woche?**

.....

## Erinnerungsservice

**Wir führen in unserer Praxis einen kostenlosen Erinnerungsservice (per Post oder per E-mail) für Ihre regelmäßigen Kontrollbesuche durch.**

Diesen können Sie jederzeit verändern oder beenden. Wie möchten Sie gerne teilnehmen?

**Post**

- Ja
- Nein

**Telefon** Ja Nein**E-Mail** Ja Nein**Notfalldatenmanagement (in einem medizinischen Notfall können wichtige notfallrelevante Informationen direkt von der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) abgerufen werden)** Ja Nein**Wichtige Anmerkungen**

Bitte beachten Sie unser Terminsystem. Um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen ist für Sie Ihre Behandlungszeit exklusiv reserviert. Sollten Sie verhindert sein, sagen Sie Ihren vereinbarten Termin rechtzeitig telefonisch spätestens 24 Stunden vorher ab. Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert, sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen. Über Rechtsgrundlagen, Verfahrensweisen, Auskunftsrechte und Widerspruchsmöglichkeiten nach DSGVO (Datenschutzgrundverordnung) und BDSG (Bundesdatenschutzgesetz) bezüglich Verarbeitung und Verwendung meiner Daten wurde ich aufgeklärt und erkläre hierzu mein Einverständnis.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Arzt

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient