

## PERSÖNLICHE ANGABEN

## PATIENT

Name	Vorname
Titel	Geburtsdatum (TT/MM/JJ)
Beruf	Straße und Hausnummer
PLZ	Stadt
Land	Telefon
E-Mail	Mobil
Krankenkasse	Zusatzversicherung

## VERSICHERTER (FALLS ABWEICHEND VOM PATIENTEN)

Name	Vorname
Titel	Geburtsdatum (TT/MM/JJ)
Beruf	Straße und Hausnummer
PLZ	Stadt
Land	Telefon
E-Mail	Mobil
Krankenkasse	Zusatzversicherung

## ALLGEMEINE ANGABEN

Was ist der Grund Ihres Besuchs?

- Zahnärztliche Schmerzbehandlung  
 Zahnärztliche Kontrolluntersuchung  
 Zahnärztliche Zweitmeinung  
 Ärztliche Beratung / Untersuchung

 Sonstiges: \_\_\_\_\_
Sind Sie mit der Ästhetik und Funktion Ihrer Zähne zufrieden?  Ja  NeinLegen Sie Wert auf eine örtliche Betäubung?  Ja  Nein

Letzter Zahnarztbesuch? (Monat, Jahr)

\_\_\_\_\_

Wann wurde die letzte dentale Röntgenaufnahme durchgeführt? (Monat, Jahr)

\_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Röntgenpass?  Ja  Nein

Aktueller Arbeitgeber und dessen Anschrift:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# ANAMNESEBOGEN

## ALLERGIEN

Ja  Nein

- Medikamente (z. B. Antibiotikum, Schmerzmittel, Lokalanästhesie)
- Metalle
- Kunststoffe
- Umweltgifte
- Duftstoffe
- Schimmelpilze
- Latex
- Schmuck

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass?  Ja  Nein

## STOFFWECHSELKRANKHEITEN

Ja  Nein

- Diabetes
- Verdauungsorgane
- Schilddrüsenerkrankung
- Lebererkrankung

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## BLUTERKRANKUNGEN

Ja  Nein

- Blutungsneigung (Hämophilie)
- Blutarmut (Anämie)

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## INFEKTIONSERKRANKUNGEN

Ja  Nein

- Hepatitis A, B oder C
- AIDS / HIV
- Tuberkulose

## HERZKREISLAUFERKRANKUNGEN

Ja  Nein

- Arteriosklerose
- Herzinsuffizienz
- Herzinfarkt
- Herzschrittmacher
- Herzklappenerkrankung
- Schlaganfall
- Endokarditis
- Angina Pectoris
- Gerinnungsstörung

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## TUMORERKRANKUNGEN

Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

Werden Sie mit Bisphosphonaten behandelt?  Ja  Nein

## AUGENERKRANKUNGEN

Ja  Nein

Grüner Star (Glaukom)

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## ANDERE ERKRANKUNGEN

Ja  Nein

- Nierenerkrankung
- Rheumatoide Arthritis
- Osteoporose
- Asthma

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?  
(z. B. blutverdünnende Medikamente, Blutdrucktabletten etc.)

\_\_\_\_\_

## ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

Ja  Nein

- Depression
- Burnout-Syndrom
- Epilepsie

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Ja  Nein

Leiden Sie an Nacken-, Kopf- oder Kiefergelenkschmerzen?

Selten  Häufig  Sehr häufig

Wie fühlen Sie sich gerade?

Gelassen  Normal  Nervös  Ängstlich

## FÜR FRAUEN

Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

Ist in nächster Zeit eine Schwangerschaft geplant?  Ja  Nein

# ANAMNESEBOGEN

Der Schwerpunkt der ZAHNALB liegt in der ganzheitlichen und klassischen Zahnmedizin.  
Wie möchten Sie beraten und behandelt werden?

- Ganzheitlich zahnmedizinisch
- Klassisch zahnmedizinisch
- Ich weiß es nicht

Welche Termine bevorzugen Sie?

- Vormittags
- Mittags
- Nachmittags

## ÜBER WELCHES THEMA MÖCHTEN SIE BEI UNS BERATEN WERDEN?

- Sichere Amalgamentfernung
- Chronische Erkrankung durch Entzündung im Mund (tote Zähne etc.)
- Metallfreie Zahnversorgung (z. B. keramische Implantate)
- Gesundheitsrisiko durch Zahnfleischprobleme
- Verspannung durch Fehlbiss

- Schöne und gerade Zähne
- Helle Zähne
- Professionelle Zahnreinigung

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Empfehlung durch Familie / Freunde / Bekannte
- Überweiser

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Internetseite
- Google
- Jameda

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Liebe Patientinnen und Patienten,

unsere Behandlungen werden nur nach festen Terminen durchgeführt. Es werden in der Regel keine Doppeltermine vergeben, damit unsere Zahnärzte sich rein auf Ihre Behandlung konzentrieren können.

Sollten Sie zu Ihrem Termin nicht erscheinen oder zu kurzfristig (mind. 24h im Voraus) absagen, können die Terminlücken anderweitig nicht adäquat gefüllt werden.

Möchten Sie an Ihre Behandlungstermine erinnert werden?

- Ja, per SMS
- Nein

Dieser Service ist eine Zusatzleistung. Sollten Sie einmal keine Erinnerungs-SMS erhalten, behält der vereinbarte Termin dennoch seine Gültigkeit.

## DATENSCHUTZ

Ich willige ein, dass mein behandelnder Arzt bzw. meine Ärzte innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf/dürfen. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann. Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung fehlerhafter Daten, auf Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen.

- Ich willige ein
- Ich willige nicht ein

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift