

## PERSÖNLICHE ANGABEN

## PATIENT (W/M/D)

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

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

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

\_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Röntgenpass?

 Ja    Nein

# ANAMNESEBOGEN

## ALLERGIEN

Ja  Nein

- Medikamente (z. B. Antibiotikum, Schmerzmittel, Lokalanästhesie)
- Metalle
- Kunststoffe
- Latex

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

## FÜR FRAUEN

Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Empfehlung durch Familie / Freunde / Bekannte
- Überweiser

Internetseite

Google

Jameda

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

## ANAMNESEBOGEN

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. Bitte haben Sie daher Verständnis, dass wir Ihnen in solchen Fällen eine anteilige Rechnung bezogen auf den geplanten Termin individuell berechnen, um die entstandenen Kosten zu decken. Diese Rechnung wird von der Krankenkasse nicht erstattet, deswegen stellen wir ein Nichterscheinen in Rechnung. (ohne Absage)

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