

ANAMNESEBOGEN

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße/ Hausnr.	Email	
Postleitzahl/ Ort	Telefon	Mobil
Name Versicherung	gesetzlich vers.	privat vers. privat zusatzvers.
mitversichert?	Name, Vorname	Geburtsdatum

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

(Bitte ausfüllen bzw. zutreffendes ankreuzen!)

Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahren im Krankenhaus
oder in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?.....
.....

Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar)? Ja Nein

Wenn ja, welche?.....

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Ja Nein

Wenn ja, welche?.....
.....

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? Bitte ankreuzen!

Bei bestimmten Materialien? Ja Nein

Bei bestimmten Arzneien? Ja Nein

Bei bestimmten Nahrungsmitteln? Ja Nein

Haben Sie eine

Penicillinallergie? Ja nein

Jodallergie? ? Ja nein

Latexallergie? ? Ja nein

Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? Ja Nein

Wenn ja, welche?.....
.....

Bitte ankreuzen:

angeborener oder erworbener Herzfehler?

Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese?

Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?

Herzoperationen?

Haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja nein

Sind Sie im letzten Jahr operiert worden? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Körperbereich?

Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich? Ja Nein

Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen? Ja Nein

Trat nach einer Zahntfernung eine Nachblutung auf? Ja Nein

Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?

An welchem Körperteil?.....

Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten? Bitte ankreuzen

- | | | | |
|--|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, Aids)? | <input type="checkbox"/> | Lebererkrankungen? | <input type="checkbox"/> |
| Herzkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris)? | <input type="checkbox"/> | Zu hoher Blutdruck? | <input type="checkbox"/> |
| Zu niedriger Blutdruck? | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall? | <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankungen? | <input type="checkbox"/> | Diabetes? | <input type="checkbox"/> |
| Magen-Darmerkrankung? | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenerkrankung? | <input type="checkbox"/> |
| Rheumatismus/ rheumatisches Fieber? | <input type="checkbox"/> | Asthma/ Lungenerkrankungen? | <input type="checkbox"/> |
| Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen? | <input type="checkbox"/> | Nervenerkrankungen? | <input type="checkbox"/> |
| Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> | Sonstige Erkrankungen? | <input type="checkbox"/> |
- Wenn ja, welche?

Bei Frauen:

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein Wenn ja, in welchem Monat?

Name und Anschrift des Hausarztes:.....

.....

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben richtig und aktuell sind.

Bitte ankreuzen: sind richtig und aktuell

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für den Recall:

Ich möchte an Ihrem Recall-Service (Terminbestätigung, Info-Anruf) teilnehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten 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).

Bitte ankreuzen: bin einverstanden bin nicht einverstanden

Möchten Sie bei Terminen für die **Zahnreinigung** per SMS benachrichtigt werden? Ja Nein

Dies ist ein kostenloser und jederzeit änderbarer Service unserer Praxis.

Bitte beachten Sie die folgenden Hinweise zur Lokalanästhesie:

Nach einer örtlichen Betäubung im Mund-, Gesichts- und Kieferbereich kann Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein!

.....
Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten oder Vormund