

# ANAMNESEBOGEN

**Liebe Patientin, Lieber Patient!**

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der zahnärztlichen Schweigepflicht.

## Persönliches

Name, Vorname	Geburtsdatum	(Geburtsort / <b>gem. § 28 der RöV</b> )
Straße	PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	Telefon Arbeit
E-Mail		

## Versicherung

- Gesetzlich versichert     Privat versichert     Zusatzversicherung  
 Basistarif     Beihilfeberechtigt

Name Ihrer Krankenkasse

## Bei Familienversicherung, abweichende Angaben des Versicherten / Zahlungspflichtigen:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	PLZ, Ort	

## Wer ist Ihr Hausarzt?

Name	Ort	Tel.
------	-----	------

## Allgemeine Gesundheitssituation

	ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus Typ I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus Typ II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wenn ja, welche:

---

---

Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COPD-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wenn ja, welche:

---

---

---

Sonstige Erkrankungen:

---

---

---

---

---

---

---

Infektionskrankheiten	ja	nein
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Erkrankungen:

---

---

	ja	nein
Nehmen Sie Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wenn ja, welche:

Herzmedikamente:

---

---

Cortison:

---

---

Schmerzmittel:

---

---

Antidepressiva:

---

---

blutverdünnende Medikamente  
(z.B. ASS, Marcumar, Heparin):

---

---

Bisphosphonate  
(bei Krebs- und Osteoporoseerkrankungen):

---

---

Sonstige:

---

---

---

	ja	nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Für unsere Patientinnen:**

Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------	--------------------------

wenn ja, welche Woche:

---

## Mundgesundheitsituation

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung | <input type="checkbox"/> Beratung             | <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz     | <input type="checkbox"/> Überweisung Zahnarzt | <input type="checkbox"/> Zweite Meinung    |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges:           |   |  |

---

---

---

	ja	nein
Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen oder Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich / jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Für unsere Neupatienten: Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- |   |   |                                     |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Google                 | <input type="checkbox"/> Im Vorbeigehen     | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung | <input type="checkbox"/> Überweisender Arzt | _____                               |
| <input type="checkbox"/> Jameda                 | <input type="checkbox"/> Werbung            | _____                               |

**Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.**

Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift

## BITTE BEACHTEN SIE:

### Hinweis zur elektronischen Gesundheitskarte

Wenn Sie Ihre elektronische Gesundheitskarte heute nicht vorlegen können, reichen Sie sie bitte innerhalb von 10 Tagen nach, da wir sonst unsere erbrachten Leistungen privat abrechnen müssen.

### DATENSCHUTZHINWEIS

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

- Ich erkläre mich einverstanden, dass zum Zwecke der Konsultation von Fachärzten und Fremdlabore meine personenbezogenen Daten, Befunde sowie Röntgenaufnahmen unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen weitergeleitet werden dürfen.
- Ich erkläre mich einverstanden, dass ich von der Praxis zur Klärung personenbezogener Informationen telefonisch/per Mail oder per SMS kontaktiert werden darf.
- Ich erkläre mich einverstanden, dass Informationen der Behandlung auch zwecks Terminvereinbarung an meinen/meine Ehepartner/Ehepartnerin bzw. Kinder mitgeteilt werden dürfen. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise **schriftlich** widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ich habe alle Fragen und Angaben verstanden und nach meinem besten Wissen beantwortet. Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Kommen Sie gerne auf uns zu, wenn Sie noch offene Fragen oder Wünsche haben!



Königstraße 70  
32427 Minden

Telefon: (0571) 2 28 16  
E-Mail: kontakt@zahnarzt-minden.de

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

---

Minden, den

Unterschrift