



## Herzlich willkommen in unserer Praxis !

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und der DSGVO.

Ihre Zahnärzte

<b>Patient</b>	_____	_____	_____
<b>Herr/Frau/Kind</b>	Name	Vorname	geb.
<b>Anschrift</b>	_____	_____	_____
	Straße	Nr.	Tel. privat/tagsüber
	_____	_____	_____
	Postleitzahl	Ort	
	E-Mail _____	Arbeitgeber / Beruf _____	
<input type="checkbox"/> Krankenkasse : _____		Private Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung : _____		Standard oder Basistarif	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

empfohlen durch \_\_\_\_\_  Internet \_\_\_\_\_

### Für gesetzlich versicherte Patienten:

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten möglich ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

ja  
 nein

### Wünschen sie insbesondere Informationen über:

Laserbehandlung  ja  
zahnfarbene Restaurationen im Seitenzahnbereich  ja  
unser Prophylaxeprogramm  ja

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Bitte wenden



# Anamnesebogen

Jeder in Behandlung tretende Patient wird gebeten, die nachstehenden Fragen **so genau wie möglich** zu beantworten.

Sind sie in **ärztlicher Behandlung**?  nein  ja  
Bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_

Aus welchem Grund? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**?  nein  ja  
Welche? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer oder mehreren der folgenden **Erkrankungen**?  
(Bitte auch angeben, wenn sie zurzeit nicht behandelt wird.)

**Wenn ja, bitte ankreuzen:**

- |  |  |                                      |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Immunsystemerkrankung     | <input type="checkbox"/> Leber (z.B.Hepatitis) | <input type="checkbox"/> Schilddrüse |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> Diabetes    |
| <input type="checkbox"/> HIV                       | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> Asthma      |

Sonstige hier nicht aufgeführte Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Sind Sie gegen bestimmte **Medikamente, Nahrungsmittel oder andere Stoffe überempfindlich**?

Welche? \_\_\_\_\_  nein  ja

Besitzen Sie einen **Allergie-Pass**?  nein  ja

Besteht bei Ihnen eine erhöhte **Blutungsneigung**?  nein  ja

(Beobachten Sie, dass z.B. eine Schnittwunde bei Ihnen außergewöhnlich lange blutet?  
Nehmen Sie **Medikamente zur Blutverdünnung**?)

Wurden bei Ihnen in den letzten 12 Monaten **Röntgenaufnahmen** durchgeführt?  nein  ja

Wenn ja, wo und aus welchem Grund? \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie**?  nein  ja

**Für weibliche Patienten:**

Besteht bei Ihnen eine **Schwangerschaft**?  nein  ja In welchem Monat? \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.**

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie folgenden Hinweis:**

**Wird bei Ihnen im Laufe der Behandlung eine örtliche Betäubung vorgenommen bzw. werden Ihnen Medikamente verabreicht, ist mit einer vorübergehenden Beeinträchtigung Ihrer Verkehrssicherheit zu rechnen.**