

## Anamnese

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis willkommen zu heißen. Um Sie mit einer optimalen Behandlung zu versorgen, ist es wichtig, Ihren allgemeinen Gesundheitszustand und Ihre persönliche Daten zu kennen. Hierfür bitten wir Sie, den vorliegenden Fragebogen sorgfältig und vollständig auszufüllen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Patient/in .....  
Name                      Vorname                      Geburtsdatum                      Beruf                      Arbeitgeber

Adresse .....  
PLZ                      Wohnort                      Straße                      E-mail

.....  
Tel. privat                      Tel. Mobil                      Tel. geschäftl.

Hausarzt .....  
Name                      Anschrift

### Versicherung:

**Gesetzlich Versichert**       Zusatzversicherung   
**Privat Versichert**       Basistarif       Vollversichert       Beihilfeberechtigt

Versicherung .....

Falls Sie aufgrund akuter Beschwerden einen kurzfristigen Termin erhalten haben, steht heute die Schmerzbehandlung im Vordergrund. Gerne vereinbaren wir mit Ihnen einen weiteren Termin für eine ausführliche, individuelle Untersuchung und Beratung.

### Bitte beantworten Sie folgende allgemeinmedizinische Fragen:

	<u>JA</u>	<u>NEIN</u>
<b>Neigen Sie zu allergischen Reaktionen oder Unverträglichkeiten?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, zu welchen?.....

<b>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Wenn ja, welche?.....

<b>Haben Sie heute Medikamente eingenommen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Wenn ja, welche und wie viel?.....

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?** JA      NEIN

**Herz-Kreislauserkrankungen**      

Wenn ja, welche?.....

**Diabetes**      

Wenn ja, welche?.....

**Infektionskrankheiten**      

Wenn ja, welche?.....

**Blutgerinnungsstörungen**      

Wenn ja, welche?.....

**Für Patientinnen**

**Besteht eine Schwangerschaft?**      

**Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? (im zahnmedizinischen Bereich)**

.....  
**Sind Sie an unserem Individualprophylaxeprogramm interessiert?**      

(die Individualprophylaxe beinhaltet die professionelle Zahnreinigung zur Vorbeugung von Erkrankungen der Zähne und des Zahnhalteapparates)

**Und zu guter Letzt:**

Wie sind Sie auf unserer Praxis aufmerksam geworden?

Internet

Freunde

Gelbe Seiten

Familie

Sonstige.....

Bekannte

**Bestätigung und Einwilligung**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Mir ist auch bekannt, dass nach der zahnärztlichen Behandlung im Zusammenhang mit einer Anästhesie, die Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein kann.

Die Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO **finden Sie auf der nachfolgenden Seite**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift (bei Minderjährigen eines Erziehungsberechtigten)