



## Anamnesebogen

Sie sind heute in unserer Praxis. Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und Ihrem Gesundheitszustand erfolgen kann, bitten wir Sie um die Beantwortung der nachfolgenden Fragen. Diese sind für die Durchführung eines umfassenden Behandlungskonzepts und einer risikofreien Behandlung erforderlich. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patient

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Tel.privat: \_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Tel.geschäftl.: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

### Versichertenstatus

Privat versichert-**nicht** im Basistarif  ja  nein  
Privat versichert im Basistarif  ja  nein  
Beihilfeberechtigt:  ja  nein  
Gesetzlich versichert:  ja  nein  
Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Pflichtversichert:  ja  nein  
Freiwillig versichert  ja  nein  
Zusatzversicherung  ja  nein

### Versicherter ( nur ausfüllen, falls anders als unter Patient angegeben)

Vorname: \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/ Wohnort: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_

**Wen** dürfen wir im Notfall informieren: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

### Erkrankungen

Angina pectoris  Schilddrüsenerkrankung  Sonstige Erkrankungen:  
 Bluthochdruck  Medikamentenallergie \_\_\_\_\_  
 Herzschrittmacher  Sonstige Allergien \_\_\_\_\_  
 Künstliche Herzklappe  Infektionskrankheit \_\_\_\_\_  
 Blutkrankheit ( AIDS; TB; Hepatitis u.ä) \_\_\_\_\_

Diabetes:  ja  nein wenn ja, welcher HbA1c Wert : \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  ja  nein

### Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein, wofür/ wogegen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Wann und warum wurde das letzte Mal im Kopfbereich geröntgt:**

---

**Sind Sie schwanger?**

ja, im \_\_\_\_\_ Monat       bin nicht sicher       nein

**Name und Adresse Ihres Hausarztes/ Internisten:**

---

**Warum/ wie kommen Sie in unsere Praxis?**

Empfehlung durch \_\_\_\_\_  Internet: Google/ Jameda      (bitte ankreuzen)  
 Sonstiges \_\_\_\_\_  Ärztetafel

**Existieren von Ihrem früheren Zahnarzt aktuelle Röntgenbilder?** Ja  Nein

---

**Aus welchem Grund suchen Sie heute unsere Praxis auf?**

zur allgemeinen Beratung       Schmerzbehandlung       Zahnfleischprobleme  
 Beratung über Füllungsmaterialien       Zahnersatzberatung       Implantatberatung  
 Sonstiges:

---

---

---

**Haben Sie eine Pflegestufe oder beantragen Sie eine?** Ja  Nein

Wenn ja welche Pflegestufe: \_\_\_\_\_

**Haben Sie einen Betreuer ?** Ja  Nein

Wenn ja, Name, Adresse, Tel.: \_\_\_\_\_

---

**Befinden Sie sich in der Eingliederung?:** Ja  Nein

**Patienteninformation und Einverständniserklärung zum Recall**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

nach der aktiven Behandlungsphase bieten wir unseren Patienten einen speziellen Service zur Vorsorge/ Nachsorge (Recall) an, denn Langzeitstudien haben gezeigt, dass die Sicherung des Behandlungsergebnisses durch eine professionelle Betreuung nach Abschluss der Behandlung deutlich verbessert wird. Angepasst an Ihre individuelle Behandlungssituation kann der Abstand zwischen den Recall - Terminen zwei Monate bis zu einem Jahr betragen. Den Abstand zwischen den Terminen legen wir gemeinsam mit Ihnen fest.

Wir bieten Ihnen den Recall für folgende Behandlungsbereiche:

- Bonusheft
- Prophylaxe
- Zahnersatz
- Schienen
- Parodontologie
- Implantologie

### **Einverständniserklärung zum Recall**

Ich möchte den Recall - Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen, gemeinsam vereinbarten Abständen schriftlich, telefonisch oder per E-Mail an einen Termin zur Vorsorgeuntersuchung bzw. Behandlung. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

JA

Nein

---

Datum / Unterschrift

---

---

Wichtig:

Wir möchten unsere Termine mit Ihnen so vereinbaren, dass in der Regel keine oder – u.a. durch Schmerzfälle verursacht – nur geringe Wartezeiten entstehen und wir Sie in Ruhe untersuchen oder behandeln können. **Deshalb bitten wir Sie, dass Sie Ihren Termin – wenn Sie ihn nicht einhalten können – spätestens 24 Stunden vorher absagen, weil wir Ihnen sonst die für Sie reservierte, aber nicht genutzte Zeit in Rechnung stellen müssen.**

**Hiermit verpflichte ich mich Änderungen über meinen Gesundheitszustand vor Beginn einer Behandlung mitzuteilen.**

**WIR BITTEN SIE VOR DER BEHANDLUNG IMMER AUSREICHEND GEGESSEN ZU HABEN, WEIL ES ANSONSTEN ZU SCHWER BEHERRSCHENDEN KREISLAUFPROBLEMEN KOMMEN KANN. NIE NÜCHTERN ZUR BEHANDLUNG KOMMEN! KOMPLIKATIONEN BEI LEITUNGSANÄSTHESIEN ODER INJEKTIONEN WERDEN MÜNDLICH BESPROCHEN. BITTE RAUCHEN SIE VOR DER BEHANDLUNG NICHT!**

**Bitte beachten: nach einer Zahnbehandlung mit Betäubung sind Sie im juristischen Sinne nicht fahrtüchtig!!!**

---

Datum/Unterschrift Patient/in