

## ANAMNESEBOGEN

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis.**

Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. *Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.*

### PATIENTENDATEN

_____ Titel, Name, Vorname		_____ Geburtsdatum und Geburtsort
_____ Straße, Hausnummer		_____ Postleitzahl, Ort
_____ Telefon (privat)	_____ Telefon (mobil)	_____ E-Mail
_____ Beruf		_____ Telefon (Arbeitsplatz)
_____ Hausarzt, Ort		
_____ Name der Krankenkasse/ -versicherung		

- |  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> Zahnzusatzversicherung | <input type="checkbox"/> Basistarif |
| <input type="checkbox"/> Privat versichert     | <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt     |                                     |

### HAUPTVERSICHERTE PERSON/ZAHLUNGSPFLICHTIGE/R/RECHNUNGSADRESSE

Identisch

_____ Titel, Name, Vorname		_____ Geburtsdatum
_____ Straße, Hausnummer		_____ Postleitzahl, Ort
_____ Telefon (privat)	_____ Telefon (mobil)	_____ Beruf
_____ E-Mail		

### ERZIEHUNGSBERECHTIGTE/R (falls abweichend von hauptvers. Person/Zahlungspflichtige/r)

_____ Name, Vorname	_____ Telefon
------------------------	------------------

## PERSÖNLICHE GESUNDHEITSANGABEN

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Welche _____		
Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel ein (z.B. Marcumar®, ASS®, Xarelto®, Pradaxa®)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Haben Sie eine Augenerkrankung (grüner Star / grauer Star)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wurde jemals eine Herz-Kreislauf-Erkrankung festgestellt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Hatten Sie jemals eine Nieren- oder Lebererkrankung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie einen Herzschrittmacher oder einen Herzklappenersatz?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Liegt eine schwere Infektion vor (HIV, TBC, Hepatitis)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie unter hohem oder niedrigem Blutdruck?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wurden oder werden Sie wegen Osteoporose behandelt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Hatten Sie jemals einen epileptischen Anfall (Krampfanfall)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wurden Sie jemals wegen einer Tumorerkrankung behandelt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie an Asthma?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Diabetes (Typ 1 oder 2)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Sonstige Erkrankungen?	_____

## ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Blutet Ihr Zahnfleisch?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wurde bei Ihnen bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie unter Mundgeruch?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Sind Sie mit Ihren Frontzähnen und Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Sind sie an einem Prophylaxeprogramm interessiert (z.B. professionelle Zahnreinigung)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wie sind Sie auf unsere Zahnarztpraxis aufmerksam geworden?	_____ _____
Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Haben Sie Beschwerden am Bewegungsapparat (z.B. Halswirbelsäule)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Haben Sie Erkrankungen/Verletzungen/Operationen im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Welche _____ _____		

## UNSER SERVICE FÜR SIE

Wie können wir Sie am besten an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnern, um erneute Erkrankungen zu vermeiden? (Recall)

per E-Mail       per Post       keine Erinnerung

## DIE PRAXIS DR. DOROTHÉE JARLETON MÖCHTE IHNEN ZUSÄTZLICH FOLGENDE INFORMATIONEN GEBEN:

**Gesetzlich Versicherte Patienten:** Wir bitten darum, uns rechtzeitig bei einem Quartalswechsel Ihre Krankenkassenkarte vorzulegen, ansonsten gehen wir davon aus, dass Sie eine Privatbehandlung wünschen.

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer obigen und umseitigen Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten ausdrücklich zu. Bitte teilen Sie uns Änderungen schnellstmöglich mit.