

# ANAMNESEBOGEN



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

Wir, das Team der Praxis **ZAHNARZT GERN**, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Um Ihnen eine Betreuung auf höchstem Niveau zu gewährleisten und gezielt auf Ihre individuellen gesundheitlichen und persönlichen Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

## PERSÖNLICHE ANGABEN PATIENT

Name | Vorname

Titel

Straße | Hausnummer

Geburtsdatum

Postleitzahl | Ort

Telefon (privat)

Telefon (mobil) \*Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.

E-Mail \*Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.

Hausarzt \*Freiwillige Angabe – wenn die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bezüglich einer Einwilligung auf Sie zu.

Wie können wir Sie tagsüber erreichen? \*Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kommunikation über dieses Medium wünschen.

## PERSÖNLICHE ANGABEN

Wie sind Sie versichert?

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung?

Ja  Nein

Freiwillig  Pflicht

Basistarif  Standardtarif

Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?

Ja  Nein

## VERSICHERTER (falls abweichend vom Patienten)

Name | Vorname

Geburtsdatum | Geburtsort

Straße | Hausnummer

Postleitzahl | Ort

Telefon (privat)

## ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien  | Wenn ja, welche? _____                              | <input type="checkbox"/> Haben Sie einen Allergiepass? |   |
| <input type="checkbox"/> Asthma   | <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> Endokarditisprophylaxe        | <input type="checkbox"/> Herzfehler   künstliche Herzklappe |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt  | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher          | <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck               | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck                |
| <input type="checkbox"/> Ohrensausen   Tinnitus                                   | <input type="checkbox"/> Epilepsie                  | <input type="checkbox"/> Grüner Star                   | <input type="checkbox"/> Leber                              |
| <input type="checkbox"/> Nieren   | <input type="checkbox"/> Schilddrüse                | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt              | <input type="checkbox"/> Gelenke (Rheuma)                   |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose  | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung            | <input type="checkbox"/> Immunsuppression              | <input type="checkbox"/> Schlaganfall                       |
| <input type="checkbox"/> Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen   Operationen | <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen      | _____  |   |

Leiden Sie unter folgenden Infektionskrankheiten?

- Hepatitis  HIV | AIDS  Tuberkulose  Krankenhauskeime (z.B. MRSA etc.)  Creutzfeldt-Jakob (CJK) | Varianten CJK

BITTE WENDEN

## NEHMEN SIE MEDIKAMENTE EIN?

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- Blutdruckmedikamente     Herzmedikamente     Bisphosphonate     Cortison (Kortikoide)
- Schmerzmittel     Antidepressiva     Blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar®, Xarelto®, Eliquis®, Pradaxa® oder ASS®)
- Sonstige Medikamente? \_\_\_\_\_
- Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten? Wenn ja, gegen welche?  
\_\_\_\_\_

## ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- Leiden Sie unter Zahnschmerzen?     Blutet Ihr Zahnfleisch?     Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?
- Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?     Leiden Sie unter Mundgeruch?     Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?
- Wurde bei Ihnen bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?
- Sonstiges \_\_\_\_\_

## SONSTIGE ANGABEN

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_
- Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Röntgen-Untersuchung im Bereich der Zähne? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \*Freiwillige Angabe – hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik.  
\_\_\_\_\_

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

**HINWEIS ZUR ORGANISATION:** Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen.

\_\_\_\_\_  
Ort | Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN | \*HINWEIS ZU FREIWILLIGEN ANGABEN

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

\_\_\_\_\_  
Ort | Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!  
Ihr Team der Praxis **ZAHNARZT GERN**

**JULIAN FREISE**  
ZAHNARZT

KLUGSTRASSE 114  
80637 MÜNCHEN

**TEL** 089 | 15 50 81  
**FAX** 089 | 15 91 90 50

PRAXIS@ZAHNARZTGERN.DE  
ZAHNARZTGERN.DE