



# ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
herzlich Willkommen in unserer Praxis! Um Ihnen eine sichere und moderne Behandlung bieten zu können benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben zu Ihrem allgemeinem Gesundheitszustand (siehe Rückseite). Verschiedene Grunderkrankungen, Gewohnheiten (z.B. Rauchen) und Medikamenteneinnahmen sind entscheidende Faktoren in der Auswahl der jeweils medizinisch richtigen und erfolgreichen Therapie. Ihre Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. am \_\_\_\_\_

Versicherter: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. am \_\_\_\_\_  
(falls abweichend)

Wohnort: \_\_\_\_\_ Str.: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Tel. priv.: \_\_\_\_\_ Tel. berufl.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ eMail: \_\_\_\_\_

## KRANKENVERSICHERUNG

Private Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Beihilfeberechtigt?  Private Zusatzversicherung?

Gesetzl. Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Freiwillig versichert?

Ich wünsche die Abrechnung der Behandlungskosten im Wege der Kostenerstattung  Ich wünsche die Abrechnung der Behandlungskosten über Krankenversicherungskarte/Berechtigungsschein

## SPEZIELLE ANAMNESE/ BERATUNGSWÜNSCHE

Haben Sie z.Z. Schmerzen (Zähne/Kiefer/Kiefergelenk/Kopfbereich)? \_\_\_\_\_

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

Endodontie (Wurzelkanalbehandl.)  Parodontologie (Zahnfleischbehandl.)  Implantate

Prophylaxebehandlung  Hochwertigen Zahnersatz  Knochentransplantate

Zahnfarbene Füllungen  Ästhetische Zahnheilkunde  Bindegewebsstransplantate

Ihr bisheriger Zahnarzt: \_\_\_\_\_ Ich komme auf Empf./Überw. von: \_\_\_\_\_

Ihr derzeitiger Hausarzt: \_\_\_\_\_

(Bitte geben Sie nach Möglichkeit Name/Adresse/Tel.Nr. an)

## WICHTIGE HINWEISE (Texte, mit denen Sie nicht einverstanden sind, streichen Sie bitte)

- **Gesundheit:** Ich weiß, dass die Qualität der Behandlung auch von der Gründlichkeit der von mir mitgeteilten Gesundheitsdaten abhängt. Ich habe alle wichtigen Erkrankungen (z.B. Blutgerinnungsveränderungen, Infektionen, Herz- Kreislauferkrankungen) und Medikamenteneinnahmen mitgeteilt und werde die Praxis bei Veränderungen informieren. Auch meine neue Anschrift und Telefonnummer nach evtl. Umzug werde ich sofort mitteilen.
- **Organisation:** Ich möchte in der Praxis nicht warten müssen und weiß, dass das Praxisterminkonzept pünktliche Behandlungen ermöglicht. Ich stimme zu, dass bei nicht rechtzeitiger Terminabsage meinerseits (mindestens 24 Stunden vorher) und entsprechendem Praxisleerlauf von mir ggfls. eine Ausfallgebühr zu zahlen ist, die z.Z. € 110,- pro angefangene halbe Stunde beträgt.
- **Datenschutz:** Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten elektronisch gespeichert werden, bei entsprechender Notwendigkeit an andere Ärzte übermittelt / bei Praxisaufgabe an den Praxisnachfolger weitergegeben werden. Ich bin damit einverstanden, dass die Behandlungsabrechnungen über Verrechnungsstellen erstellt und versendet werden können (Factoring)



ALLGEMEINE ANAMNESE/ALLGEMEINER GESUNDHEITZUSTAND

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? Bei umfangreicher Medikation bitte Liste des Hausarztes mitbringen

Haben/Hatten Sie folgende Erkrankungen: (Bitte ankreuzen und ggf. handschriftlich angeben)

- **Allergien** (z.B.: Latex, Penicillin).....
- **Infektionskrankheiten** (z.B.: HIV/AIDS, Hepatitis C, Tuberkulose).....
- **Herz-Kreislauf-System**
  - Herzerkrankung .....  
(z.B.: Infarkt, Angina pectoris, Herzklappenersatz, Rhythmusstörungen, Endokarditis)
  - Hoher oder niedriger Blutdruck ..... hoch  niedrig
  - Herzschrittmacher/Defibrillator (wenn ja, seit wann?) .....
- **Blutgerinnung**(z.B.: Gerinnungsstörung, Schlaganfall).....  
Nehmen Sie regelmäßig Gerinnungshemmer ein?.....
- **Magen-Darm-System/Innere Organe**.....
  - Lebererkrankung (z.B.: Gelbsucht, Fettleber) .....
  - Diabetes ..... Typ I  Typ II
  - Nierenerkrankung (z.B.: Niereninsuffizienz) .....
  - Schilddrüsenerkrankung (z.B. Über-/Unterfunktion) .....
  - Atemwege (z.B.: Asthma, COPD).....
  - Magen-/Darm (z.B.: Morbus Crohn, Ulkus).....
- **Bewegungsapparat** (z.B.: Osteoporose, Arthrose).....  
Nehmen Sie hierfür regelmäßig Medikamente ein?.....  
Endoprothesen? (z.B.: künstliches Hüft-/ Kniegelenk) Wenn ja, seit wann?.....
- **Autoimmunerkrankungen** (z.B.: Rheuma, MS, Sjögren Syndrom).....
- **Nervenerkrankungen, Anfallsleiden** (z.B.: Epilepsie, Polyneuropathie).....
- **Psychische Erkrankungen** (z.B.: Depression, Angstzustände) .....
- **Augenkrankheiten** (z.B.: Engwinkelglaukom).....
- **Organtransplantation**, wenn ja, welches und wann.....
- **Tumorerkrankung** (z.B.: Krebs, Leukämie), Jahr der Diagnose.....  
Therapie erfolgt? Operation  Chemotherapie  Bestrahlung  Bisphosphonate
- **Rauchen Sie?** Zigaretten pro Tag ..... ggf. Nichtraucher seit:.....
- **Drogenkonsum/Alkoholabhängigkeit** (aktuell oder früher).....
- **Sonstige Erkrankungen**.....
- Letztes **Röntgenbild** im Kopf-Hals-Bereich? (Jahr)..... Röntgenpass vorhanden? .....
- Liebe Patientinnen: Liegt eine **Schwangerschaft** vor? SSW ..... vsl. Geburtstermin .....  
Falls eine Schwangerschaft bestehen könnte, teilen Sie uns dieses unverzüglich zum Wohle Ihres ungeborenen Kindes mit.

Nein	Ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hiermit bestätige ich meine Angaben auf beiden Seiten dieses Anamnesebogens:

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anamnese (z.B. neue Medikamenteneinnahme) umgehend mit. Routinemäßig aktualisieren wir Ihre Anamnese alle zwei Jahre. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!