



## Anamnesebogen/ Anmeldung

Name/Vorname

Geburtsdatum/ Geburtsort

Strasse/Hausnummer

Postleitzahl/Ort

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf

### Krankenkasse:

Zahnzusatz-/ersatzversicherung  Ja  Nein

Besitzen Sie ein Bonusheft ?  Ja  Nein

Möchten Sie an unser Erinnerungsprogramm teilnehmen (SMS,Brief) ?  Ja  Nein

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

**Gesundheitszustand**

**Bitte ankreuzen**

**Zusätzliche Informationen**

#### Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck (Hypertonie)  Ja  Nein

Niedriger Blutdruck (Hypotonie)  Ja  Nein

Herzklappenerkrankung/-defekt  Ja  Nein

Herzerkrankung  Ja  Nein

Herzoperation  Ja  Nein

Herzschrittmacher  Ja  Nein

#### Infektionserkrankungen:

HIV  Ja  Nein

Hepatitis  Ja  Nein

Tuberkulose  Ja  Nein

Andere:

#### Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika  Ja  Nein

Schmerzmittel  Ja  Nein

Antibiotika  Ja  Nein

Andere:

#### Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen  Ja  Nein

Asthma  Ja  Nein

Lungenerkrankung  Ja  Nein

#### Weitere Erkrankungen:

Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein

Rheuma  Ja  Nein

Epilepsie  Ja  Nein  
Diabetes  Ja  Nein  
Nierenfunktionsstörungen  Ja  Nein  
Ohnmachtsneigung  Ja  Nein  
Schlaganfall  Ja  Nein  
**Andere:**

---

**Allgemeine Angaben:**

Drogenkonsum  Ja  Nein  
Alkoholgenuss  Ja  Nein Wenn ja,  selten  oft  regelmäßig  
Raucher  Ja  Nein Wenn ja,  0-10  über 10 Zig./Tag  
Regelmäßige Medikamente  Ja  Nein Wenn ja, seit wann / Name:

Wer ist Ihr Hausarzt?:

**Schwangerschaft**

Ja  Nein

Wenn ja, welcher Monat:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

---

**Spezielle Anamnese:**

Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen ?  Ja  Nein  
Knackt Ihr Kiefergelenk?  Ja  Nein  
Haben Sie Zahnfleischbluten?  Ja  Nein  
Waren Sie regelmäßig beim Zahnarzt?  Ja  Nein

---

**Wichtige Informationen:**

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

---

**Ort/Datum**

**Unterschrift Patient**

**Minderjährige**

**Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:**

---

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger) Geburtsdatum

---

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

**Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger**

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig. Ich bin damit einverstanden das ,wenn notwendig, eine Röntgenuntersuchung durchgeführt wird.

---

**Ort/Datum**

**Unterschriften Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter**