

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Sie zahnärztlich optimal behandeln zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu Allgemeinerkrankungen und Medikamenteneinnahmen zu beantworten. Wenn zukünftig Neuerkrankungen bei Ihnen diagnostiziert werden oder die Medikation umgestellt wird, teilen Sie uns das bitte mit. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Wir weisen Sie hiermit darauf hin, dass Ihre Daten zum Zwecke der Dokumentation und Abrechnung nach den gesetzlichen Vorschriften gespeichert und verarbeitet werden. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Aushang „Patienteninformation zum Datenschutz“ im Wartezimmer. Sollten Sie weitere Fragen haben, sind wir gerne für Sie da.

Sie können den Anamnesebogen ausdrucken und ausgefüllt zu Ihrem Termin mitbringen oder Sie füllen diesen am PC aus, speichern ihn ab und senden uns den Anamnesebogen per Mail an [empfang@zaehnegrossundklein.de](mailto:empfang@zaehnegrossundklein.de).

Allgemeine Angaben				
Name, ggf. Geb.name		Vorname		
geb. am		Beruf		
Versicherung				
gesetzliche Krankenkasse		private Zusatzversicherung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
private Krankenkasse		Beihilfe	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
		Basistarif	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Anschrift privat				
Straße			PLZ Ort	
Kontaktdaten				
Telefon privat		Mobiltelefon		Mailadresse
Möchten Sie unseren Erinnerungsservice für Vorsorgeuntersuchungen nutzen?				
<input type="radio"/> Erinnerung per SMS		<input type="radio"/> Erinnerung per Mail		<input type="radio"/> Erinnerung per Post <input type="radio"/> Nein
Hausarzt				
Name			Ort	

Allergien / Unverträglichkeiten			
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, folgende:		
	Allergiepass	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herz- / Kreislauferkrankungen			
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, folgende:		
	<input type="radio"/> Hoher Blutdruck (Hypertonie) <input type="radio"/> Niedriger Blutdruck (Hypotonie) <input type="radio"/> Herzklappenerkrankung/-defekt <input type="radio"/> Herzschrittmacher <input type="radio"/> Herzrhythmusstörungen <input type="radio"/> Sonstige:		
	Herzpass	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Blut- / Gefäßerkrankungen			
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, folgende:		
	<input type="radio"/> Erhöhte Blutungsneigung <input type="radio"/> Schlaganfall <input type="radio"/> Sonstige:		

Lebererkrankungen	
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, folgende:
Atemwegserkrankungen	
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, folgende:
	<input type="radio"/> Asthma <input type="radio"/> Chronische Bronchitis <input type="radio"/> Sonstige:
Infektionskrankheiten	
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, folgende:
	<input type="radio"/> HIV <input type="radio"/> Hepatitis <input type="radio"/> Tuberkulose <input type="radio"/> Sonstige:
Magen- / Darmerkrankungen	
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, folgende:
Nierenerkrankungen	
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, folgende:

Augenerkrankungen	
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, folgende:
Knochen- / Muskelerkrankungen	
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, folgende: <input type="radio"/> Osteoporose <input type="radio"/> Rheuma <input type="radio"/> Sonstige:
Stoffwechselerkrankungen	
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, folgende: <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Sonstige:
Erkrankungen des Nervensystems	
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, folgende: <input type="radio"/> Epileptische Anfälle <input type="radio"/> Depressionen <input type="radio"/> Angstzustände <input type="radio"/> Sonstige:
Tumorerkrankungen	
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, folgende: <input type="radio"/> Bestrahlungstherapie <input type="radio"/> Chemotherapie
Sonstige Erkrankungen	
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, folgende:

Rauchen	
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Drogenkonsum	
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, folgende:
Medikamente	
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Ich nehme regelmäßig folgende Medikamente ein:
Sind Sie im Moment in ärztlicher Behandlung?	
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, wegen:
	Behandelnder Arzt:
Schwangerschaft	
<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, in der ____ Schwangerschaftswoche

Grund Ihres Besuchs	
<input type="radio"/> Kontrolluntersuchung	
<input type="radio"/> Schmerzen	
<input type="radio"/> Beratungswunsch zu:	
<input type="radio"/> Sonstiges:	
Letzter Zahnarztbesuch:	
<input type="radio"/> vor ca. ____ Monaten	
<input type="radio"/> vor ca. ____ Jahren	

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?	
<input type="radio"/> Persönliche Empfehlung	
<input type="radio"/> Internet	
<input type="radio"/> Anzeige	
<input type="radio"/> Sonstiges:	

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis und damit minimale Wartezeiten. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Vielen Dank.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Schwarzach, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift

Sie können den Anamnesebogen ausdrucken und ausgefüllt zu Ihrem Termin mitbringen oder Sie füllen diesen am PC aus, speichern ihn ab und senden uns den Anamnesebogen per Mail an [empfang@zaehnegrossundklein.de](mailto:empfang@zaehnegrossundklein.de).