

# Anamnesebogen



---

Nachname, Vorname (Patient)      Geburtsname      Geburtsdatum, Geschlecht:  m  w

---

Straße, Hausnummer      Postleitzahl, Ort

---

Telefon (privat / mobil)      Telefon (geschäftlich)

---

E-Mail      Beruf

---

Name der Krankenkasse / Versicherung

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert - **nicht** im Basistarif
- Privat versichert - im Basistarif
- Beihilfeberechtigt

---

Überweisender Arzt - Name, Adresse, Telefon

---

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

**Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitten wir, die folgenden Angaben zu ergänzen:**

---

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)      Geburtsdatum

---

Straße, Hausnummer      Postleitzahl, Ort

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Hauszahnarzt    Familienangehörige    Internet    Bekannte

---

# Anamnesebogen



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:  Ja  Nein

### Allergien / Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhetika  Ja  Nein
- Schmerzmittel  Ja  Nein
- Antibiotika  Ja  Nein
- andere:  Ja  Nein

### Weitere Erkrankungen:

- Blutgerinnungsstörungen  Ja  Nein
- Asthma  Ja  Nein
- Lungenerkrankung  Ja  Nein
- Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein
- Rheuma  Ja  Nein
- Epilepsie  Ja  Nein
- Diabetes  Ja  Nein
- Nierenfunktionsstörungen  Ja  Nein
- Osteoporose  Ja  Nein
- Ohnmachtsneigung  Ja  Nein
- andere:  Ja  Nein

### Allgemeine Angaben:

- Drogenkonsum  Ja  Nein

# Anamnesebogen



Alkoholgenuss	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> regelmäßig
Raucher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, <input type="checkbox"/> 0-10 <input type="checkbox"/> über 10 Zig./Tag
Regelmäßige Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, seit wann / Name:
Frühere Röntgenuntersuchung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, Datum / Körperteile:
Ich bin Angstpatient	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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.

---

Datum

Unterschrift

## 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 mit der Behandlung meiner Tochter/meines Sohnes einverstanden und bin Erziehungsberechtigter:

---

Datum

Erziehungsberechtigter