

**ANAMNESEBOGEN ALLGEMEIN**

Wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis! Um Ihre Behandlung möglichst risikofrei zu gestalten, benötigen wir neben Ihren persönlichen Daten auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Deshalb bitten wir Sie um **sorgfältige Beantwortung** der folgenden Fragen. Selbstverständlich unterliegen all Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

**Patient**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon privat: \_\_\_\_\_  
 Telefon dienstlich: \_\_\_\_\_ Telefon mobil: \_\_\_\_\_

**Versicherter**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon privat: \_\_\_\_\_  
 Telefon dienstlich: \_\_\_\_\_ Telefon mobil: \_\_\_\_\_

Gesetzlich versichert     Private Zusatzversicherung     Privat versichert     Beihilfeberechtigt     Basistarif

**Was ist der Grund Ihres Besuches?**

Vorsorgeuntersuchung     Beratung     Zahnfleischprobleme     Schmerzbehandlung     Zweitmeinung

**Hausarzt**

Name: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?**     Ja     Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

**Leiden Sie an einer der aufgeführten Erkrankungen?**

	Ja	Nein		Ja	Nein
<b>Herz-Kreislaufkrankungen</b>			<b>Stoffwechselerkrankungen</b>		
Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unregelmäßiger Herzschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzasthma (Angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HbA1c-Wert: _____		
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Magen-Darm-Krankheiten</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzmuskelentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Bluterkrankungen</b>		
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

	Ja	Nein
<b>Infektionserkrankungen</b>		
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Atemwegserkrankungen

Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?	_____	

	Ja	Nein
<b>Erkrankungen des Nervensystems</b>		
Epilepsie/Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gelenkprothese</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wo und seit wann?	_____	

### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente aus den folgenden Bereichen ein?

Blutverdünnende Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knochenstärkungsmittel/Bisphosphonate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	_____		Wenn ja, welche?	_____	

Welche **sonstigen Medikamente** nehmen Sie ein? \_\_\_\_\_

### Unverträglichkeiten/Allergien auf Materialien oder Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

<b>Besitzen Sie einen Allergiepass?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Besitzen Sie einen Röntgenpass?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Für Patientinnen: Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Wurden in den letzten beiden Jahren Röntgenaufnahmen im Kopf-Hals-Bereich angefertigt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Gibt es etwas, das Sie an der Erscheinung Ihres Mundes ändern würden? (z.B. Zahnstellung, -farbe, -form, Lippen?) Ja Nein

Wenn ja, was? \_\_\_\_\_

### Haben Sie für Ihre Behandlung einen speziellen Wunsch (z. B. örtliche Betäubung)?

\_\_\_\_\_

Ihre Angaben unterliegen neben der Schweigepflicht den Datenschutzregelungen nach Art. 13 DSGVO, die von uns zu Ihrer Einsicht bereitgehalten werden. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der Speicherung Ihrer persönlichen Daten zu.

Ort, Datum	Unterschrift (bei Minderjährigen Erziehungsberechtigter)
------------	----------------------------------------------------------

### Information zur Teilnahme am Recall-System

Für einen dauerhaften Behandlungserfolg möchte ich zukünftig regelmäßig über Vorsorgeuntersuchungen informiert werden. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass diese Zustimmung freiwillig ist und jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis widerrufen werden 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). Die Teilnahme am Recall-System kann ich jederzeit widerrufen.

Ort, Datum	Unterschrift (bei Minderjährigen Erziehungsberechtigter)
------------	----------------------------------------------------------

### Terminvereinbarungen im Rahmen unseres Bestellsystems

Um Ihre Behandlung in Ruhe, ganz ohne Druck, zu einem festen Zeitpunkt innerhalb eines vereinbarten Rahmens durchführen zu können, wird unsere Praxis nach Bestellsystem geführt. Wir bitten Sie daher, Ihre Bestellzeit einzuhalten. Können Sie einen Termin nicht wahrnehmen, sagen Sie diesen nach Möglichkeit spätestens 24 Stunden zuvor ab. Wir bitten Sie um Verständnis, dass trotz eines organisierten Bestellsystems Wartezeiten im Einzelfall – beispielsweise wegen eines Unfalls oder einer akut notwendigen Behandlung – manchmal nicht zu vermeiden sind.