



Liebe Patientin, lieber Patient,

Um Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Wir möchten Sie an dieser Stelle darauf hinweisen, dass eventuell vorliegende Allgemeinerkrankungen eine zahnärztliche Behandlung beeinflussen können. Daher bitten wir Sie, diesen Anamnesebogen gewissenhaft auszufüllen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Sollte ich dieses Formular schon einmal ausgefüllt haben, sind lediglich die genannten Angaben zu ändern.

☐ Herr ☐ Frau ☐ Divers

Familienname

Vorname

Titel

geb. am

Strasse

Hausnr.

PLZ

Ort

Telefon (Festnetz)

Mobil

E-Mail

Ihre Krankenversicherung (bei privat, bitte angeben: Beihilfe, welcher Tarif)

Zusatzversicherung

Wenn Sie kein Hauptversicherter sind, teilen Sie uns bitte die Daten des Hauptversicherten mit

Name, Vorname/Geburtsdatum

Anschrift

Telefon

Ich wünsche eine Beratung über:

- | | |
|--|---|
| ☐ intensives Prophylaxeprogramm | ☐ Aufhellung der Zahnfarbe (Bleaching) |
| ☐ biokompatiblen Zahnersatz aus Vollkeramik | ☐ Implantate |
| ☐ Knirscherschiene | ☐ Zahnstellungskorrektur |

☐ Wünschen Sie einen Recall? (Erinnerung an halbjährlichen Kontrolltermin?)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Ich weiß, dass meine gesetzliche Krankenkasse nur Leistungen erstattet, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen.

Über privat Zahnärztliche und naturheilkundliche Leistungen, die nicht über meine gesetzliche Krankenversicherung erstattet werden, erhalte ich eine separate Honorarvereinbarung und erkläre mich bereit, das entstehende Honorar innerhalb der angegebenen Frist nach Rechnungsstellung zu begleichen.

Die Informationen zur Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und Erhebung personenbezogener Daten habe ich gelesen.

Datum

Unterschrift





Laufende ärztliche Behandlung

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? Bei welchem Arzt,
Name und Adresse?

Allergien

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht
bei Ihnen Verdacht einer **Überempfindlichkeit/Allergie**?

Besitzen Sie einen Allergiepass? ☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie Raucher? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wieviel?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wieviel?

Zu hoher Blutdruck ☐ Ja ☐ Nein

Zu niedriger Blutdruck ☐ Ja ☐ Nein

Herzerkrankungen ☐ Ja ☐ Nein

(insbesondere Herzschwäche, künstliche Herzklappen, Herz-
infarkt, sonstige Herz OPs)

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie blutverdünnende ☐ Ja ☐ Nein

Medikamente?

Wenn ja, welche?

Mussten/Müssen Sie Bisphosphonate einnehmen?

(Medikamente zur Behandlung der Knochenkrankheiten)

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Zuckerkrankheit (Diabetes) ☐ Ja ☐ Nein

Magen-Darmerkrankungen ☐ Ja ☐ Nein

Schilddrüsenkrankheit ☐ Ja ☐ Nein

Blutungsneigung (Hämophilie) ☐ Ja ☐ Nein

Blutarmut (Anämie) ☐ Ja ☐ Nein

Leberkrankheiten, Hepatitis A/B/C ☐ Ja ☐ Nein

Chronische Erkrankung der Atem-
wege, Asthma, Husten etc. ☐ Ja ☐ Nein

Tuberkulose ☐ Ja ☐ Nein

HIV/AIDS ☐ Ja ☐ Nein

Epilepsie ☐ Ja ☐ Nein

Glaukom ☐ Ja ☐ Nein

Sonstige Erkrankungen

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Medikamentenplan bitte beifügen oder nachreichen

**Wurden Röntgengenaufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahn-
bereich angefertigt?**

Wenn ja, wo und wann?

**Wann war Ihre letzte zahnärztliche Kontroll-
untersuchung?**

Pflegegrad

Wenn ja, welcher?

Schwangerschaft

Wenn ja, in welchem Monat?

**Ich verpflichte mich zukünftige Änderungen meines
Gesundheitszustandes unaufgefordert der Praxis mit-
zuteilen.**

Datum

Unterschrift

**Bitte beachten Sie, dass die Verabreichung von Betäu-
bungsmitteln (Spritzen) die Verkehrstüchtigkeit beein-
trächtigen kann.**

Um Wartezeiten für Sie zu vermeiden, führen wir eine
Bestellpraxis. Ihre Behandlungszeit (Termin) ist aus-
schließlich für Sie reserviert. Falls Sie einen Termin
nicht einhalten können, teilen Sie uns dies zu unseren
Geschäftszeiten, spätestens 2 Tage vorher mit. Anson-
sten müssen Sie mit einer Ausfallrechnung rechnen.

**Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der von
mir gemachten Angaben.**

Datum

Unterschrift

