

# ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN



Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Plz, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

## Liebe Patienten,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus, er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben sind gesetzlich für uns verpflichtend zu erheben, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

### (Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen!)

Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| • Lebererkrankungen?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, Aids)? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Zu hoher Blutdruck?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Zu niedriger Blutdruck?                                    | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Schlaganfall?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Nierenerkrankungen?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Diabetes? HbA1c bekannt?                                   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Magen-Darmerkrankung?                                      | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Schilddrüsenerkrankung?                                    | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Rheumatismus/ rheumatisches Fieber?                        | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Asthma/ Lungenerkrankungen?                                | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen?              | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Nervenerkrankungen?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)?                            | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Bisphosphonate?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Osteoporose?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Sonstige Erkrankungen?                                     | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

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

- |                               |                             |                               |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| • Herzerkrankungen?           |                             |                               |
| - Angina pectoris?            | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| - Herzschwäche ?              | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| - Herzschrittmacher?          | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| - Herzrhythmusstörung?        | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| - Zustand nach Herzinfarkt?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| - Herzklappenfehler/- Ersatz? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| • Tumorerkrankungen?          | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

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

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja  Nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
  - Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? Ja  Nein   
Wenn ja, ausgelöst durch? \_\_\_\_\_
  - Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen? Ja  Nein
  - Hatten Sie in den letzten 2 Jahren eine Operation? Ja  Nein
  - Haben Sie eine Pflegestufe? Ja  Nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
  - Rauchen Sie? Ja  Nein
  - Nehmen Sie Drogen? Ja  Nein
- Name und Anschrift des Hausarztes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- **Bei Frauen:** Besteht eine Schwangerschaft, oder aktueller Kinderwunsch? Ja  Nein   
Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie die folgenden Hinweise zur Lokalanästhesie:**

**Nach einer örtlichen Betäubung im Mund-, Gesichts- und Kieferbereich kann Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein!**

Ort, Datum

Unterschrift

**ZAHNBEZOGENE FRAGEN freiwillig**

- Besteht eine Zahnzusatzversicherung? Ja  Nein
- Möchten Sie in unser jährliches Recall (Wiedereinbestellung) aufgenommen werden? Ja  Nein
- Ich komme auf Empfehlung von: \_\_\_\_\_

**Ausfallerklärung und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. DSGVO.**

Da unsere Termine dicht kalkuliert sind und eine Warteliste existiert, bitten wir Sie darum, den Termin einzuhalten oder spätestens 24 Stunden vor dem geplanten Eingriff abzusagen (persönlich oder telefonisch). Wir vereinbaren dann einen Ausweichtermin. Haben Sie Verständnis dafür, dass wir Ihnen andernfalls bei nicht absagen ein Ausfallhonorar in Höhe von 25,00€ berechnen müssen.

Dies habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich einverstanden.

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Terminerinnerung (Recall) durch die Praxis zu.

Ja  Nein

Ort, Datum

Unterschrift