# ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN

ZAHNGESUNDHEIT FULDATAL
HASSEBRAUCK

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Haus-Nr.: _____ Geburtsort: _____

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

Wenn ja, welche? _____

_____

| | | |
|---|---|---|
| • Herzerkrankungen? | | |
| - Angina pectoris? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| - Herzschwäche ? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| - Herzschrittmacher? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| - Herzrhythmusstörung? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| - Zustand nach Herzinfarkt? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| - Herzklappenfehler/- Ersatz? | Ja ☐ | Nein ☐ |
| • Tumorerkrankungen? | Ja ☐ | Nein ☐ |

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 geplantem 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