

Für eine individuelle auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte Behandlung benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Ihre Informationen unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden von uns vertraulich behandelt.

## Patient

Familienname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## Mitglied/ Versicherter

Familienname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## Anschrift

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

## Erreichbarkeit

Telefon privat/geschäftlich \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

## Krankenkasse

gesetzlich versichert  privat versichert  
 Zusatzversicherung  Beihilfe  
 Kostenerstattung  Standard-/Basistarif

Name der Krankenkasse/Versicherung \_\_\_\_\_  
*Für die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen bei gesetzlich Versicherten ist das Vorlegen und Einlesen einer gültigen Versicherungskarte notwendig. Andernfalls müssen die erbrachten Leistungen entsprechend privat abgerechnet werden.*

## Beruf

Bezeichnung \_\_\_\_\_ Name des Arbeitgebers \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

## Arzt

Name des Hausarztes \_\_\_\_\_ Name des Kieferorthopäden \_\_\_\_\_ Behandlungsbeginn/-abschluss \_\_\_\_\_

## RECALL

**Ich möchte eine regelmäßige Erinnerung erhalten:**  ja  nein  
 professionelle Zahnreinigung  Mail  
 allgemeine Vorsorge  Telefon  
 Kinderprophylaxe  Fax

*Ich kann diese Entscheidung, in das Recallsystem meiner Praxis aufgenommen zu werden, jeder Zeit widerrufen.*

## Ich besitze ein

Bonusheft  Röntgenpass  Herzpass  Allergiepass

## Wichtiger Hinweis:

**Termine müssen mindestens 48 Stunden vorher abgesagt werden.** Bei Nichteinhaltung kann die Praxis gemäß §§ 304,615 BGB den Anspruch auf Ersatz des Ausfallschadens entsprechend dem Umfang der geplanten Behandlung und Zeit in Rechnung stellen.

Erhalten Sie einen **Notfalltermin**, müssen Sie mit längeren Wartezeiten rechnen und es kann in der Regel nur eine Notbehandlung durchgeführt werden.

## Allgemein

Ich bin ein **ängstlicher Patient**  ja  nein Ich neige zur **Ohnmacht / Hyperventilation**  ja  nein

Es besteht eine **regelmäßige Medikamenteneinnahme**  ja  nein Ich nehme **blutgerinnungshemmende Medikamente:**  ja  nein

## Medikamentenangabe:

Es besteht eine **Allergie oder Unverträglichkeit**  ja  nein **seit wann?**

## wogegen:

**regelmäßiger Konsum**  ja  nein Antidepressiva  Tabak  Alkohol  Drogen

Es besteht eine **Schwangerschaft**  ja  nein → **Geburtstermin am**

## Erkrankungen

Bestehende Herzerkrankung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	HIV/AIDS-Infektion <i>seit wann:</i> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutdruck <input type="checkbox"/> niedrig / <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lebererkrankung <input type="checkbox"/> Gelbsucht <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich habe einen Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Typ1 <input type="checkbox"/> Typ2 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzinfarkt - <i>wann:</i> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/> Über-/ <input type="checkbox"/> Unterfunktion <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Magen-Darmerkrankung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lungenerkrankung/Asthma <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
sonstige Bluterkrankung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nierenfunktionsstörung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall - <i>wann:</i> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Epilepsie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krebserkrankung <input type="checkbox"/> Strahlen-/ <input type="checkbox"/> Chemo-Therapie <i>Jahr:</i> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rheuma <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
immunsuppressive Erkrankung / Gelenkersatz <i>w:</i> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>andere Erkrankung - welche:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## Einverständniserklärung des Patienten/oder Erziehungsberechtigten:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Ich teile meiner Praxis aktuelle Änderungen meiner Adresse, meiner Versicherung und meines Gesundheitszustandes mit.

**Ich habe den Anamnesebogen vollständig durchgelesen und verstanden und gebe mit meiner Unterschrift mein Einverständnis sowie meine Einwilligung in allen aufgeführten Punkten.**

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient / oder Erziehungsberechtigte/ \_\_\_\_\_