

ANAMNESE- UND PATIENTENAUFNAHMEBOGEN

Bitte füllen Sie den Bogen vollständig und gut lesbar aus. Bei Fragen hilft Ihnen unser Team gern weiter.
Ihre Angaben unterliegen der zahnärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

1. Personalien

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Beruf	
Straße / Nr.		PLZ / Ort	
Telefon		Mobil	
E-Mail		Überweisender / Empfehlung	
Gesetzlicher Vertreter (bei Minderjährigen)		Telefon Vertreter	

Versicherungsstatus

Gesetzlich versichert	Privat versichert	Zusatzversicherung	Härtefall
Krankenkasse:	Krankenkasse:	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
Bonusheft: ☐ 10 Jahre lückenlos ☐ 5 Jahre lückenlos ☐ keines			

Hauptanliegen / aktueller Behandlungswunsch

--

2. Medizinische Anamnese

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an und ergänzen Sie wichtige Details.

Allergien / Unverträglichkeiten z. B. Penicillin, Latex, Metalle, Lokalanästhetika: _____	Osteoporose / Antiresorptive Therapie ☐ nein ☐ ja Medikamente wie Bisphosphonate / Denosumab: _____
Herz- und Kreislauferkrankungen ☐ Herzinfarkt ☐ KHK ☐ Herzinsuffizienz ☐ Herzrhythmusstörung ☐ Herzschrittmacher ☐ Herzklappenfehler / -ersatz ☐ hoher Blutdruck ☐ niedriger Blutdruck	Tumorerkrankung ☐ nein ☐ ja: _____
Benötigen Sie eine Antibiotikaphylaxe / Endokarditisprophylaxe? ☐ nein ☐ ja ☐ unbekannt	Bestrahlung / Chemotherapie ☐ nein ☐ ja, wann / weshalb: _____
Blutungsrisiko ☐ Gerinnungsstörung ☐ verstärkte Blutungsneigung ☐ Blutverdünner	Infektionserkrankungen ☐ Hepatitis ☐ HIV ☐ Tuberkulose ☐ sonstige: _____
Diabetes ☐ nein ☐ ja, Typ / Einstellung: _____	Rheuma / Autoimmunerkrankung ☐ nein ☐ ja: _____
Atemwegserkrankungen ☐ Asthma ☐ COPD ☐ sonstige: _____	Schwangerschaft / Stillzeit ☐ nicht zutreffend ☐ schwanger, Monat: _____ ☐ Stillzeit

Neurologische Erkrankungen ☐ Epilepsie / Anfallsleiden ☐ sonstige: _____ _____	Nieren- / Lebererkrankung ☐ nein ☐ ja: _____
Schilddrüsenerkrankung ☐ nein ☐ ja: _____	Weitere wichtige Erkrankungen _____ _____
Rauchen / Nikotin ☐ nein ☐ ja, ca. _____ Zigaretten / Tag	Behandelnder Hausarzt / Facharzt Name / Ort: _____ _____

3. Medikamente und zahnärztlich wichtige Zusatzangaben

Aktuell eingenommene Medikamente (bitte auch Bedarfsmedikamente angeben):

Schon einmal Probleme mit Betäubung / örtlicher Anästhesie?	☐ nein ☐ ja: _____
Frühere Komplikationen nach zahnärztlichen Eingriffen?	☐ nein ☐ ja: _____
Knirschen / Pressen Sie mit den Zähnen?	☐ nein ☐ ja
Haben Sie öfter Zahnfleischbluten oder Zahnfleischprobleme?	☐ nein ☐ ja
Wurde bei Ihnen bereits eine Parodontitisbehandlung durchgeführt?	☐ nein ☐ ja
Haben Sie derzeit Schmerzen?	☐ nein ☐ ja, wo? _____
Ich bin Angstpatient.	☐ ja
Letzte zahnärztliche Behandlung / Kontrolle	Datum / Praxis: _____

4. Datenschutz und freiwillige Recall-Einwilligung

Die Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO können mir in einem separaten Informationsblatt zur Verfügung gestellt werden.

Recall / Terminerinnerung (freiwillig):

☐ Ich möchte nicht an Vorsorge- bzw. Kontrolltermine erinnert werden.

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung freiwillig ist und ich sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

5. Bestätigung

Ich bestätige, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen vollständig und richtig gemacht habe. Änderungen meines Gesundheitszustands, meiner Medikation oder meiner Kontaktdaten teile ich der Praxis unverzüglich mit.

Ort / Datum: _____

Unterschrift Patientin / Patient: _____

Bei Minderjährigen: Unterschrift gesetzlicher Vertreter: _____