

# ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Um Ihren Aufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

## PERSÖNLICHE DATEN

Name   Vorname		Geburtsdatum   Geburtsort	
Straße   Hausnummer		Postleitzahl   Ort	
Telefon (privat)	Telefon (mobil)	E-Mail	
Beruf		Telefon (geschäftlich)	
Hausarzt (Name   Ort)			

## VERSICHERUNG

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> freiwillig	<input type="checkbox"/> pflichtversichert
Privat versichert	<input type="checkbox"/> Basistarif	<input type="checkbox"/> Standardtarif
Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist versichert?

Name   Vorname		Geburtsdatum   Geburtsort	
Straße   Hausnummer		Postleitzahl   Ort	
Telefon (privat)	Telefon (mobil)	E-Mail	

## ANAMNESE

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Internet         | <input type="checkbox"/> Zeitung / Anzeige |
| <input type="checkbox"/> Pers. Empfehlung | <input type="checkbox"/> Sonstiges:        |

### Angaben zu Ihrer Zahngesundheit

- Bitte kreuzen Sie zutreffendes an:
- |  | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Ich leide unter Zahnschmerzen                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich presse oder knirsche mit den Zähnen        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich Interessiere mich für das Thema Prophylaxe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich leide unter Angst vor der Zahnbehandlung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Fragen oder ein besonderes Anliegen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Angaben zu Ihrer Gesundheit

- Bitte kreuzen Sie zutreffendes an:
- |  | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Ich habe heute bereits ASS® oder Schmerzmittel genommen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich rauche   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich nehme blutverdünnende Medikamente ein (z.B. ASS®, Marcumar®, Xarelto®, Eliquis®, Paradax®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ich nehme sonstige Medikamente ein:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Weitere Angaben zu Ihrer Gesundheit**

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an:

Ich habe Allergien / Unverträglichkeiten z.B. gegen örtliche Betäubungen, Medikamente, etc.

 Ja  Nein

---



---

**Weitere Angaben zu Ihrer Gesundheit**

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an:

	Ja	Nein
Lungenerkrankungen (Asthma/COPD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chemotherapie / Bestrahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Leber- / Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenveränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operation im Mund- Kiefer- Gesichtsbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunsuppression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlängerte Blutungszeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRSA / ESBL (Krankenhauskeim)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creuzfeld-Jakob / Varianten CJK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Endokarditisprophylaxe benötigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzoperation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

Herz- Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------	--------------------------

---

Sonstige Erkrankungen /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---



---

Wann war die letzte, zahnärztliche Röntgenuntersuchung?

	Ja	Nein
Bei mir besteht eine Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Unser Service für Sie**

Um Ihre Zähne langfristig gesund zu halten, möchten wir Ihnen anbieten, Sie über halbjährliche Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen sowie Zahnreinigungen zu informieren.

Wählen Sie bitte, wie Sie kontaktiert werden möchten:

Per Post

Per E-Mail

Kein Interesse

**Datenschutzerklärung**

Einverständniserklärung zum Erfassen, Bearbeiten und Speichern von Patientendaten (gem. Art. 9 Abs. 2 DSGVO). Ich erkläre mich einverstanden, dass mein behandelnder Arzt innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befund zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann. Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen.

Eine Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten liegt im Wartezimmer zur Einsichtnahme aus. Sie bestätigen die Kenntnisnahme der Information durch Ihre Unterschrift.

Wir weisen darauf hin, dass eine Behandlung in unserer Praxis ohne vorherige Beantwortung der Gesundheitsfragen nicht möglich ist.

**Hinweis zur Organisation**

Um lange Wartezeiten zu vermeiden führen wir eine Bestellpraxis.

Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen.

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann.

**Unterschrift**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Ort, Datum, Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter

**Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!**  
**Ihr ZAHNECK® - Team**