

## ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patient\*innen,  
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Um Ihnen eine Betreuung auf bestmöglichem Niveau gewährleisten zu können, benötigen wir, das Team der Praxis **DEIN DENTAL** neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach §203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

### PERSÖNLICHE ANGABEN

Name \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum, -ort \_\_\_\_\_  
Straße • Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ • Ort \_\_\_\_\_  
Telefon (Festnetz/mobil) \_\_\_\_\_ E-Mail\* \_\_\_\_\_  
Hausarzt\*\* \_\_\_\_\_

### WIE SIND SIE VERSICHERT?

Zutreffende Punkte bitte ankreuzen.

Gesetzlich versichert:

Freiwillig  Pflicht

Privat versichert:

Basistarif  Standardtarif

Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung?

Ja  Nein

Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?

Ja  Nein

### VERSICHERTE\* R

Falls abweichend von der zu behandelnden Person.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Straße • Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ • Ort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon (Festnetz/mobil) \_\_\_\_\_

\* Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.

\*\* Freiwillige Angabe – wenn die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bezüglich einer Einwilligung auf Sie zu.

## ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Zutreffende Punkte bitte ankreuzen.

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder Erkrankungen?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma                            | <input type="checkbox"/> Epilepsie                         | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung   |
| <input type="checkbox"/> Endokarditis/Herzmuskelentzündung | <input type="checkbox"/> Glaukom/Grüner Star               | <input type="checkbox"/> Immunsuppression/Unterdrückung<br>des Immunsystems            |
| <input type="checkbox"/> Herzfehler/künstliche Herzklappe  | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung                   | <input type="checkbox"/> Schlaganfall  |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                       | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung                  | <input type="checkbox"/> Diabetes  |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher                 | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung            | <input type="checkbox"/> Verlängerte Blutungszeit nach<br>Verletzungen oder Hämophilie |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck                   | <input type="checkbox"/> Erkrankung des Magen-Darm-Traktes |  |
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck               | <input type="checkbox"/> Gelenkerkrankung/-verletzung      |  |
| <input type="checkbox"/> Ohrensausen/Tinnitus              | <input type="checkbox"/> Osteoporose                       |  |

Sonstige Erkrankungen \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien?

Ja

Nein

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

Haben Sie einen Allergiepass?

Ja

Nein

## LEIDEN SIE UNTER MELDEPFLICHTIGEN INFEKTIONSKRANKHEITEN?

Zutreffende Punkte bitte ankreuzen.

- Hepatitis  HIV/Aids  Tuberkulose  Krankenhauskeime (z.B. MRSA etc.)  Creutzfeldt-Jakob (CJK)/Varianten CJK

## NEHMEN SIE MEDIKAMENTE EIN?

Zutreffende Punkte bitte ankreuzen.

- Blutdruckmedikamente  Herzmedikamente  Bisphosphonate  Cortison (Kortikoide)
- Schmerzmittel  Antidepressiva
- Blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, Xarelto®, Eliquis®, Pradaxa® oder ASS®

Sollte mindestens einer der oben genannten Punkte auf Sie zutreffen, nennen Sie bitte die Medikamente, welche sie einnehmen:

Sonstige Medikamente? \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten?

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

## WEITERE MEDIZINISCH RELEVANTE ANGABEN

Zutreffende Punkte bitte ankreuzen.

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?

Ja

Nein

Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?

Ja

Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_

Schnarchen Sie?

Ja

Nein

Wann war Ihre letzte Röntgen-Untersuchung im Bereich der Zähne? \_\_\_\_\_

## ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT\*\*\*

Zutreffende Punkte bitte ankreuzen.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ich leide unter Zahnschmerzen.  | <input type="checkbox"/> Mein Zahnfleisch blutet.                     |
| <input type="checkbox"/> Mein Zahnfleisch zieht sich zurück.                                     | <input type="checkbox"/> Ich presse oder knirsche mit den Zähnen.     |
| <input type="checkbox"/> Ich leide unter Mundgeruch.   | <input type="checkbox"/> Ich habe Angst vor der Zahnbehandlung.       |
| <input type="checkbox"/> Bei mir wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt. | <input type="checkbox"/> Ich bin unzufrieden mit meiner Zahnstellung. |
| <input type="checkbox"/> Ich bin unzufrieden mit der Farbe meiner Zähne.                         |   |

Sonstiges \_\_\_\_\_

#### WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Freiwillige Angabe – hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik.  
Zutreffende Punkte bitte ankreuzen.

<input type="checkbox"/> Empfehlung durch _____	
<input type="checkbox"/> Google	<input type="checkbox"/> Implantatsprechstunde
<input type="checkbox"/> Jameda	<input type="checkbox"/> Veranstaltung in der Praxis
<input type="checkbox"/> Facebook	<input type="checkbox"/> Plakate und Werbetafeln in der Region
<input type="checkbox"/> Instagram	<input type="checkbox"/> Außenbeschilderung der Praxis
<input type="checkbox"/> DEIN DENTAL Praxisfinder	<input type="checkbox"/> Zeitungsartikel
<input type="checkbox"/> Online-Terminbuchungsportal (z.B. Dr. Flex, Doctolib)	<input type="checkbox"/> Werbeflyer der Praxis
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____	

#### ALLGEMEINE HINWEISE

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.

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

Hinweis zur Organisation: Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen.

Ort • Datum

Unterschrift

#### HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN • \*HINWEIS ZU FREIWILLIGEN ANGABEN

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail (praxis@zahnarzt-unterhaching.com) an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort • Datum

Unterschrift

WIR DANKEN IHNEN HERZLICH, DASS SIE SICH DIE ZEIT FÜR DIE BEANTWORTUNG GENOMMEN HABEN.  
IHR DEIN DENTAL-TEAM