



Anamnesebogen für Neupatienten

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir heißen Sie in unserer Praxis herzlich willkommen. Wir bitten Sie, uns einige Angaben zu Ihrer Person zu geben. Mit dem Ausfüllen dieses Anamnesebogens tragen Sie zu einem einfacheren Ablauf der Praxis-Organisation bei und verkürzen somit die Wartezeiten. Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus und kreuzen Sie die zutreffende Antwortmöglichkeit deutlich an.

Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank!

Kontaktdaten

Vorname

Straße, Hausnummer

Name

PLZ, Ort

Bei Minderjährigen:
Vor- und Nachname der/des Erziehungsberechtigten

Telefon (privat)

Geburtsdatum

E-Mail

Telefon (mobil)

Krankenversicherung

Name der Krankenkasse /Versicherung

Gesetzlich versichert

Selbstversichert

Familienversichert - falls ja über wen?

Ehefrau

Ehemann

Mutter/Vater

Privat versichert

Basistarif

Beihilfeberechtigt

Haben Sie eine
Zahnzusatzversicherung?

ja

nein

Hausarzt

Name / Anschrift

Allgemeine Angaben

- | | | | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|--|--------------------------|----------------------------|
| Rauchen Sie? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Nehmen Sie regelmäßig Drogen ein? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Haben Sie sich schon einmal bei einem Unfall im Kiefer-/Gesichtsbereich schwerer verletzt? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie häufig Kopf-/Nackenschmerzen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Haben Sie einen Röntgenpass? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie eine Essstörung? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | | | |
| Sind Sie schwanger? (für Frauen) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | | | |

Gesundheitsfragen

Um gesundheitliche Risiken bei der Behandlung zu vermeiden und Ihnen die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen zu lassen, ist es wichtig, dass Sie die folgenden Fragen gewissenhaft beantworten:

Haben oder hatten Sie jemals eine der folgenden Erkrankungen?

Falls Sie mit ja antworten bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen

- | | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|-------|
| Herzinsuffizienz | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| Koronare Herzkrankheit / Angina pectoris | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| Herzinfarkt | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| Herzrythmusstörungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| Herzschrittmacher | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| Herzklappenfehler / -ersatz | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| Erhöhter Blutdruck (Hypertonie) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| Niedriger Blutdruck (Hypotonie) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| Andere Herz- / Kreislaufkrankungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| Schlaganfall | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| Bluterkrankungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| Blutgerinnungsstörung / Einnahme von Blutgerinnungshemmern (z.B. Xarelto, Marcumar, ASS) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| Lebererkrankung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| Nierenerkrankung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| Schilddrüsenerkrankungen (Über-/Unterfunktion) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| Gelenkerkrankungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| Rheumatische Erkrankungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| Osteoporose | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| Zuckerkrankheit (Diabetes) Typ I / Typ II - bitte mit angeben | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| Atemwegserkrankungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| Asthma bronchiale | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| Glaukom (Grüner Star) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| Tumor / Krebs /Karzinom | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| Fand in der Vergangenheit oder findet aktuell eine Bestrahlung des Kopfbereiches statt? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| Infektionskrankheiten: HIV, Hepatitis A/B/C | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| Haben Sie andere, bisher nicht aufgeführte Erkrankungen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |

Gesundheitsfragen

Allergien

Haben Sie Allergien ja nein _____

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein _____

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein _____

Haben Sie eine Medikamentenliste? ja nein _____

Nehmen Sie oder haben Sie Bisphosphonate eingenommen (z.B. Zometa, Actonel, Alendronat, Fosamax)? ja nein _____

Zahnmedizinische Angaben

Mit den folgenden Angaben helfen Sie uns, Ihre Behandlung noch besser auf Ihre persönlichen Bedürfnisse anzupassen.

Wann war Ihre letzte professionelle Zahnreinigung? _____

Wann und wo wurden Sie das letzte Mal im Kopfbereich geröntgt? _____

Haben Sie Zahnfleischbluten? _____

Tragen Sie eine Schiene, z.B. Aligner oder Bruxismus-Schienen? _____

Haben Sie öfter Mundgeruch bei sich bemerkt? _____

Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden? _____

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? _____

Zusätzliche Angaben

Bitte schreiben Sie uns möglichst genau den Grund Ihres Praxisbesuchs

Kontrolltermin Prophylaxe Schmerzbehandlung

Weitere Gründe: _____

Ich wünsche eine unverbindliche Beratung zu

Implantaten Bleaching/
Zahnaufhellung Ästhetik

Ihr Weg zu uns

Die Praxis wurde mir empfohlen _____

Ich wurde überwiesen _____

Ich bin aufmerksam geworden über

Plakatwerbung/Schilder Artikel/Anzeigen
in der Tageszeitung Homepage Ärztebewertungsportale
(Jameda, sanego)

Gelbe Seiten Google/Google Maps Social Media
(Facebook, Instagram) _____

Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer persönlichen Daten, Ihrer Versicherung, Vorliegen einer Schwangerschaft, bitten wir Sie, uns unaufgefordert mitzuteilen.

- Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.
- Sie sind verpflichtet Termine 24 Stunden vorher abzusagen.
- Bei Nichteinhaltung von Terminen ohne vorherige Absage kann der entstandenen Honorarverlust in Rechnung gestellt werden (§§ 304, 615 BGB).
- Ich bin damit einverstanden, über anstehende Behandlungen, Untersuchungen oder Termine per Telefon, Mail oder Post informiert zu werden.

Ort, Datum

Unterschrift (Bei Minderjährigen Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)

Zusatz zum Coronavirus (SARS-CoV-2)

Einschätzung zur Infektionsgefährdung

Aus aktuellem Anlass bitten wir Sie zum Schutz vor Neuinfizierungen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 folgende Fragen zu beantworten.

Waren Sie vor kurzem in einem vom RKI ausgewiesenen Risikogebiet?

ja nein

Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten Corona-Virus-Fall?

ja nein

Haben Sie Anzeichen einer Corona Virusinfektion wie
z.B. Husten, Halskratzen oder -schmerzen, Fieber oder Atemnot?

ja nein

Haben Sie bereits eine Corona-Infektion überstanden?

ja nein

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit oben genannter Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift (Bei Minderjährigen Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)