

# Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

## Patient

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_  
Tel. privat: \_\_\_\_\_  
Tel. mobil: \_\_\_\_\_

## Wer ist Hauptversicherter?

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Versicherung

Krankenkasse/ Name des Kostenträgers: \_\_\_\_\_

Ich bin  Pflichtversichert  Zusatzversichert  Privat versichert  Beihilfe  Freiwillig versichert

## Bestehen gesundheitliche Risiken?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| Herz-/Kreislauferkrankung                         | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | _____  |
| Hoher Blutdruck                                   | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | _____  |
| Niedriger Blutdruck                               | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | _____  |
| Gerinnungsstörung                                 | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | _____  |
| Diabetes/ Zuckererkrankung                        | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Wenn ja: <input type="checkbox"/> HbA1c < 7,0% <input type="checkbox"/> HbA1c ≥ 7,0%   |
| HIV positiv                                       | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | _____  |
| Hepatitis A - B - C wenn ja, welche Form?         | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | _____  |
| Schildrüsenerkrankung                             | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Wenn ja: <input type="checkbox"/> Unterfunktion <input type="checkbox"/> Überfunktion  |
| Grüner Star                                       | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | _____  |
| Sind Sie schwanger? Entbindungstermin?            | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | _____  |
| Stillen Sie?                                      | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | _____  |
| Rauchen Sie?                                      | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Wenn ja: <input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag <input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag |
| Leiden Sie unter einer Allergie? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | _____  |
| Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung?       | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | _____  |
| Nehmen Sie Bisphosphonate ein?                    | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | _____  |
| Welche Medikamente nehmen Sie ein?                | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | _____  |
| Sonstige Erkrankungen wenn ja, welche?            | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | _____  |

## Röntgen

Besitzen Sie einen Röntgenpass?  Nein  Ja  
Hatten Sie innerhalb der letzten zwei Jahre eine Röntgenuntersuchung im Kopfbereich?  Nein  Ja

## Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Google  Social Media  Homepage  Praxisschild  Zeitschrift  Infoblatt/Flyer  
 Jameda  Litfaßsäule  Plakat  auf Empfehlung von: \_\_\_\_\_

## Einverständniserklärung Recall- Erinnerung:

Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen an einen Nachsorgertermin zur Untersuchung und/oder zur Behandlung. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail widerrufen werden kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass dieser Widerruf auf die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erhobenen Daten keine Auswirkungen hat (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Gerne erinnern wir Sie telefonisch, per E-Mail, per SMS oder per Postkarte an Ihren Termin.

Ja, ich möchte erinnert werden.

Nein, ich möchte nicht erinnert werden.

SMS  Email  Telefon

Datum, Unterschrift

## Beratungswünsche

Sind Sie zufrieden mit Ihrem Lächeln?  Ja  Nein

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- Behandlung in Vollnarkose
- Vorbeugung von Zahnerkrankungen (Professionelle Zahnreinigung)
- Bleaching
- Behandlung der Parodontitis
- Ästhetische Korrektur der Zähne (Veneers)
- Füllungstherapie (Mehrschichttechnik, Inlays)
- Komplettsanierung des Gebisses
- Wurzelbehandlung
- Entfernung der Weisheitszähne
- Implantate
- Zahnkorrektur (Invisalign)
- Sonstiges

Schnarchen Sie?

- Nein  Ja

Waren Sie bereits in einem Schlaflabor oder bezüglich Schlafproblemen bei einem Hals-Nasen-Ohren-Arzt?

- Nein  Ja

## Hinweis

Für den Zeitraum Ihrer Behandlung stellen wir Ihnen gerne unsere kostenlosen Stellplätze im Innenhof zur Verfügung. Diese sind über die Hammer Dorfstraße zu erreichen.

## Datenschutz (gemäß Art. 9 Abs. 2 DSGVO)

Ich willige ein, dass mein/e behandelnde/r Arzt/Ärztin innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde 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 fehlerhafter Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen.

Datum, Unterschrift

Sollten bei Zahnbehandlungen Fotos von meinen Zähnen gemacht werden, dürfen diese zu Demonstrations- und Schulungszwecken genutzt werden.

- Hiermit erkläre ich mich einverstanden.  
 Hiermit erkläre ich mich **nicht** einverstanden.

Datum, Unterschrift

Unsere Zahnarztpraxis Hammer Smile ist eine Bestellpraxis. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist. Wir bitten Sie daher, die Termine pünktlich einzuhalten bzw. falls erforderlich, die Termine frühzeitig abzusagen.

Termine unter 60 Minuten Behandlungsdauer müssen spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abgesagt werden, Termine ab 60 Minuten Behandlungsdauer spätestens 48 Stunden vorher.

Wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, kann Ihnen gemäß § 615 BGB der Honorarausfall in Rechnung gestellt werden - es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. In diesem Fall teilen Sie uns die Gründe bitte unverzüglich schriftlich mit und weisen diese ggf. nach.

Ich habe das oben Aufgeführte zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

Datum, Unterschrift