

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patienten, sehr geehrter Patient
auch im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein.
Wir bitten Sie daher, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden somit von uns STRENG VERTRAULICH behandelt.

Name, Vorname: Geb.- Datum:

Adresse:

Krankenkasse: E-Mail:

Tel-Nummer: Mobil:

Beruf: Arbeitgeber:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Besteht eine Zusatzversicherung oder Beihilfeberechtigung? JA NEIN

Wie alt ist ihr eventuell vorhandener Zahnersatz? Jahre

Allgemeine Angaben

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? NEIN JA Welche?

Pflegegrad? NEIN JA Welcher?

Schwangerschaft? / Stillzeit? NEIN JA Welche Woche?

Rauchen? NEIN JA Wie viele pro Tag?

Allergien / Unverträglichkeiten? NEIN JA Welche?

Wurden Ihre Zähne in den letzten 12 Monaten geröntgt? JA NEIN

Erkrankungen

| | | | | | | |
|------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| Herz-Kreislauf: | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> | Blutdruck: | JA <input type="checkbox"/> | hoch <input type="checkbox"/> | niedrig <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall: | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> | Blutgerinnungsstörung: | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> | |
| Diabetes: | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> | Asthma/Lungenerkrankung: | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> | |
| Hepatitis : | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> | HIV: | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> | |
| Epilepsie: | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> | Rheuma: | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> | |
| Nierenerkrankung | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> | Ohnmachtsanfälle | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> | |

sonstige Erkrankungen:

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der zahnärztlichen Behandlung durch die Praxis zu.
Die Zustimmung kann ich jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen (Art 7 Abs. 3 DSGVO).
Mir ist bekannt, dass mein Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs 3 Satz 2 DSGVO).

Datum: Unterschrift: