



## Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich willkommen in der Zahnarztpraxis Olena von Loefen!

Um Ihren Gesundheitszustand und Ihre speziellen Anliegen kennenzulernen, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Bei Rückfragen stehen Ihnen unsere Mitarbeiter:innen gerne zur Verfügung. Im Voraus vielen Dank für Ihre Mühe und Ihr Verständnis!

### Persönliches:

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße & Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ & Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon- & Mobilnummer

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Versicherter (bei nicht Selbstversicherten)

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?

ja [ ]    nein [ ]

\_\_\_\_\_  
Geburtstag (des Versicherten)

### Unser Service:

#### **Regelmäßige Erinnerungen**

[ ] Ich möchte den Recall-Service der Praxis in Anspruch nehmen und dementsprechend schriftlich oder per E-Mail an einen Nachsorgetermin zur Untersuchung und /oder zur Behandlung erinnert werden. Die Teilnahme am Recall-Service kann ich jederzeit widerrufen.

#### **Wie möchten Sie von uns erinnert werden?**

[ ] schriftlich    [ ] per E-Mail

\_\_\_\_\_  
bevorzugte E-Mail-Adresse

### Einwilligungserklärung:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Zahnarztpraxis Olena von Loefen die für meine bei anderen Ärzten erforderliche Behandlung Behandlungsdaten, Befunde sowie Röntgenbilder auf Anforderung an diese übermittelt, auch per E-Mail. Zusätzlich erkläre ich mich einverstanden, dass die Zahnarztpraxis Olena von Loefen bei Bedarf Röntgenbilder bei anderen Ärzten anfordern darf. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Kontaktdaten Vorbehandler

\_\_\_\_\_  
Alsfeld,

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten



### Gesundheitliches:

- Haben Sie zu hohen Blutdruck? [  ] ja [  ] nein
- Haben Sie zu niedrigen Blutdruck? [  ] ja [  ] nein
- Hatten Sie eine Herz-OP? [  ] ja [  ] nein

Falls ja, bitte Folgendes ankreuzen:

- Bypass-OP [  ] ja [  ] nein
- Klappenersatz [  ] ja [  ] nein
- Herzschrittmacher [  ] ja [  ] nein

\_\_\_\_\_

Anderes (bitte angeben)

- Konsumieren Sie regelmäßig Drogen? [  ] ja [  ] nein
- Leiden Sie unter Alkoholsucht? [  ] ja [  ] nein
- Rauchen Sie? [  ] ja [  ] nein
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? [  ] ja [  ] nein

Falls ja, bitte angeben:

\_\_\_\_\_

- Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? [  ] ja [  ] nein

Falls ja, bitte angeben:

\_\_\_\_\_

- Haben Sie Allergien? [  ] ja [  ] nein

Falls ja, bitte angeben:

\_\_\_\_\_

Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen?

- Zuckerkrankheit (Diabetes) [  ] ja [  ] nein
- Asthma/Lungenerkrankung [  ] ja [  ] nein
- Hepatitis (A/B/C) / Lebererkrankung [  ] ja [  ] nein
- Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) [  ] ja [  ] nein
- Glaukom (Erhöhter Augeninnendruck) [  ] ja [  ] nein
- Immunschwäche (HIV) [  ] ja [  ] nein
- Schilddrüsenunterfunktion [  ] ja [  ] nein
- Schilddrüsenüberfunktion [  ] ja [  ] nein
- Leiden Sie an sonstigen Erkrankungen? [  ] ja [  ] nein

Falls ja, bitte angeben:

\_\_\_\_\_

- Liegt eine Schwangerschaft vor? [  ] ja [  ] nein

Falls ja, bitte Woche angeben:

\_\_\_\_\_

- Haben Sie vor der zahnärztlichen Behandlung große Angst? [  ] ja [  ] nein

- Haben Sie ein künstliches Gelenk? (z.B. Hüfte, Knie oder anderes Gelenk) [  ] ja [  ] nein

Falls ja, bitte Zeitpunkt der OP angeben (Monat & Jahr):

\_\_\_\_\_

### Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie:

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient dem lokalen Ausschalten der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- & Gesichtsbereich. Trotz Einordnung als sicheres Verfahren, lassen sich Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt ausschließen. Folgende Komplikationen können somit auftreten: Hämatombildung, geringe Mundöffnung, Nervenschädigung, dauerhafte Gefühlsstörung, Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit, Herz-Kreislauf-Probleme, Geschmacksstörungen und Überempfindlichkeitsreaktionen (Allergien). In der Regel kommt es aber zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktionen.

### Rechtliche Vereinbarung:

Ich stimme der Speicherung meiner Daten zu. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Ich verpflichte mich, Sie über alle während des Behandlungsraums auftretende Änderungen zu informieren

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die hier aufgezählten Aufklärungen und Vereinbarungen gelesen und zur Kenntnis genommen habe. Ferner bestätige ich, dass alle Angaben wahrheitsgemäß erteilt worden sind.

Alsfeld,

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten