



Anamnesebogen für Erwachsene

Patient Herr/ Frau Name _____ Vorname _____ Geb. _____

Mitgliedsversichert Name _____ Vorname _____ Geb. _____

Anschrift Straße/ Nr. _____

PLZ/ Ort _____

Tel. privat Festnetz _____

Tel. mobil/ beruflich _____

Beruf _____ Email _____

Krankenversicherung _____ gesetzlich / privat

Beihilfeberechtigt _____ privat zusatzversichert _____ freiwillig versichert _____

Allgemeinanamnese (bitte ankreuzen)	JA	NEIN
Haben Sie eine Allergie (z. Bsp. gegen Penicillin, Iod)?	___	___
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?	___	___
Leiden Sie an einer Herzerkrankung(z.B. Endokarditis, Infarkt)?	___	___
Haben Sie hohen Blutdruck?	___	___
Leiden Sie an Blutgerinnungsstörungen?	___	___
Haben Sie einen erhöhten Augeninnendruck (Glaucom)?	___	___
Leiden Sie an Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)?	___	___
Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit bekannt (HIV, Hepatitis)?	___	___
Leiden Sie an Epilepsie?	___	___
Leiden Sie an Asthma bronchiale?	___	___
Sonstige Erkrankungen (z.B. Tumorerkrankung, Osteoporose)?	___	___



Zahnmedizinische Anamnese (bitte ankreuzen)	JA	Nein
Haben Sie Angst vorm Zahnarzt?	___	___
Tragen Sie Zahnersatz? Seit wann?	___	___
Sind sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne (z.B. Farbe, Form) zufrieden?	___	___
Sind Sie Raucher? Wenn ja wieviel rauchen Sie?	___	___
Leiden Sie an Zahnfleischbluten oder Mundgeruch?	___	___
Haben Sie häufiger unangenehme Knackgeräusche im Ohr?	___	___
Haben Sie häufiger Kopfschmerzen oder Nackenverspannungen?	___	___
Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?	___	___
Wann wurden Sie das letzte Mal beim Zahnarzt geröntgt?	___	___
Wünschen Sie eine Betäubung (lokale Anästhesie)?	___	___
Gab es Komplikationen während einer zahnmedizinischen Behandlung?	___	___
Haben Sie besondere Wünsche während einer Zahnbehandlung? _____		
Wie haben Sie von unserer Zahnarztpraxis erfahren? _____		
Name/ Adresse des Hausarztes _____		

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer Lokalanästhesie eingeschränkt sein kann.

Als Service bieten wir Ihnen einen Recall an!

Wir senden Ihnen eine Erinnerungsmail/ Brief wenn es wieder an der Zeit ist einen Kontrolltermin zu vereinbaren.

halbjährlich ___ jährlich ___ Ich wünsche keinen Recall ___



Wir sind bestrebt, unangenehme Wartezeiten beim Zahnarzt zu vermeiden. Sollte es dennoch einmal zu einer Wartezeit kommen, so aus dem Grund von unvorhersehbaren Zwischenfällen oder zahnmedizinischen Notfällen. Wir bitten dies in solchen Fällen zu entschuldigen.

Sollten Sie eine für Sie reservierte Behandlungszeit einmal nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte rechtzeitig (möglichst 48 Stunden zuvor). Ausfallzeiten können nach § 615 BGB in Rechnung gestellt werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis 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)

Datum _____

Unterschrift _____
Patient / Betreuer