

## Anamnese:

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Patient – Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon privat / beruflich

\_\_\_\_\_  
Mobilfunknummer

\_\_\_\_\_  
Email-Adresse

\_\_\_\_\_  
Krankenversicherung oder Versicherung

\_\_\_\_\_  
Zusatzversicherung

\_\_\_\_\_  
Beihilfeberechtigt

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber

## Haben Sie eine gesetzliche Betreuung?:

Name, Adresse und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

## Ärztliche Behandlung:

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

ja  nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

## Hausarzt/Facharzt:

Name, Adresse und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

## Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose ein?  ja  nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?  ja  nein

Nehmen Sie Psychopharmaka?  ja  nein

Wenn Sie einen Medikamentenplan haben, bringen Sie ihn bitte mit!

**Allergien:**

Ist eine Allergie bekannt?  ja  nein

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass?  ja  nein

**Herzerkrankungen:**

Herzschwäche (Insuffizienz)?  ja  nein

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)?  ja  nein

Herzasthma, Angina pectoris?  ja  nein

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz?  ja  nein

Akutes Rheuma oder eine rheumatische Herzerkrankung?  ja  nein

**Kreislaufferkrankungen:**

Zu hoher Blutdruck?  ja  nein

Zu niedriger Blutdruck?  ja  nein

Zustand nach Schlaganfall oder Herzinfarkt?  ja  nein

**Vegetative Erkrankungen:**

Ohnmachtsanfälle?  ja  nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? \_\_\_\_\_  ja  nein

**Stoffwechselerkrankungen:**

Zuckerkrankheit (Diabetes)?  ja  nein

Magen- / Darmerkrankungen? \_\_\_\_\_  ja  nein

Schilddrüsenerkrankungen? \_\_\_\_\_  ja  nein

**Erkrankung des Nervensystems:**

Epilepsie? \_\_\_\_\_  ja  nein

Krämpfe? \_\_\_\_\_  ja  nein

**Bluterkrankungen:**

Blutungsneigung (Hämophilie)?  ja  nein

Blutarmut (Anämie)?  ja  nein

**Infektionskrankheiten:**

Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A / B / C)?  ja  nein

Tuberkulose?  ja  nein

Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten, etc.?  ja  nein

Geschlechtskrankheiten?  ja  nein

HIV?  ja  nein  
Krankenhauskeim?  ja  nein

### Weitere Angaben:

Sind Sie Raucher?  ja  nein  
Waren / Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?  ja  nein  
Tumorerkrankung / Tumorbehandlung mit Bisphosphonaten?  ja  nein  
Augenerkrankung? z. B. Glaukom, Grüner Star  ja  nein  
Nierenerkrankung / Dialyse / Transplantation?  ja  nein  
Bronchialasthma?  ja  nein  
Migräne?  ja  nein

### Nur Frauen:

Sind Sie schwanger?  ja  nein

### Röntgen:

Wurden im letzten Jahr Aufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt?  ja  nein

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?** \_\_\_\_\_

### Organisatorisches:

Möchten Sie sich für unseren Terminerinnerungs-Service vormerken lassen?  ja  nein

In regelmäßigen Abständen unterrichten wir unsere Patienten gerne über Neuerungen in unserer Praxis oder aktuelle Informationen. Hierzu werden Sie von uns (z.B. Brief, Mail, SMS, Postkarte etc.) angeschrieben.

Möchten Sie sich für unsere Informationsschreiben vormerken lassen?  ja  nein

Datenverarbeitung und Datenschutz: Aus organisatorischen Gründen müssen wir die Verarbeitung von Daten vornehmen. Diese Verarbeitung der Daten ist im Einzelnen im Aushang der Praxis aufgeführt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Desweiteren bestätige ich, dass ich ausreichend über die beabsichtigte Verarbeitung meiner Daten informiert bin und freiwillig mein Einverständnis dazu erkläre. Dieses kann jederzeit über eine formlose Mitteilung widerrufen werden. Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit!

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)

Wir versuchen stets, die Wartezeit so gering wie möglich zu halten. Bitte bedenken Sie, dass Patienten mit starken Schmerzen in das Bestellsystem eingebunden werden müssen. Dadurch kann es zu Zeitverzögerungen kommen.

Sollten Sie Ihrerseits einen vereinbarten Termin nicht einhalten können und diesen nicht 24 Std. vor der Behandlung abgesagt haben, behalten wir uns vor, Ihnen die Kosten für die reservierte Behandlungszeit in Rechnung zu stellen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)