

**Anamnesebogen (bitte füllen Sie beide Seiten aus)**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Tel. privat:** \_\_\_\_\_

Tel. Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_

Tätigkeit: \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

Zusatzversichert ja  nein

Name und Adresse Ihres Hausarztes: .....

Empfohlen / überwiesen durch: .....

Sind Sie schon einmal im Kopf-/Kieferbereich geröntgt worden? (Wenn ja: wann?) .....

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? (Wenn ja: in welchem Monat?) .....

**Allgemeinmedizinische Auskünfte:**

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Wenn ja: welche?) ..... ja  nein

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? (Wenn ja: welche?) ..... ja  nein

Nehmen Sie blutverdünnende (gerinnungshemmende) Medikamente ein? ..... ja  nein

Herzerkrankungen (Angina pectoris, künstliche Herzklappen) ..... ja  nein

Kreislaufkrankungen (hoher oder niedriger Blutdruck) ..... ja  nein

Blutkrankheiten (Blutarmut, Gerinnungsstörungen) ..... ja  nein

Schilddrüsenerkrankungen ..... ja  nein

Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis C, Tbc) ..... ja  nein

Allergien (Latex, Nickel etc.) ..... ja  nein

Erkrankungen des Verdauungstrakts (Gastritis, Morbus Crohn) ..... ja  nein

Gehirn- und Nervenerkrankungen (Anfallsleiden, Depressionen, CFJ) ..... ja  nein

Erkrankungen des Bewegungsapparates (Osteoporose, künstliche Gelenke) ..... ja  nein

Diabetes ..... ja  nein

Nierenerkrankungen ..... ja  nein

Lungenerkrankungen (Asthma, COPD) ..... ja  nein

Rauchen Sie? ..... ja  nein

Sonstige Erkrankungen (Wenn ja: welche?) ..... ja  nein

**Wenn Sie nicht selbst  
Krankenversicherungsmittglied  
sind, wer ist der Versicherte:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Wer soll die Rechnung erhalten?**

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

**Sind Sie Beihilfeberechtigter des  
öffentlichen Dienstes?**

ja  nein

### Zahnmedizinische Auskünfte:

- Sind Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt worden? ..... ja  nein   
Traten bei Ihnen bei einer zahnärztlichen Behandlung Komplikationen auf? ..... ja  nein   
Wünschen Sie eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ..... ja  nein   
Treten bei Ihnen Schmerzen oder Knackgeräusche im Kiefergelenk auf? ..... ja  nein

### Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert mit!

- Sind sie an naturheilkundlichen Diagnose- und Therapiemaßnahmen interessiert? ja  nein   
Ich interessiere mich für Implantate, Bleaching, Faltenbehandlung: ja  nein

### Aufklärung Lokalanästhesie:

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass jede, auch fachgerecht durchgeführte, Lokalanästhesie das seltene Risiko einer (meist vorübergehenden) Verletzung von Nerven und Blutgefäßen birgt und weisen ausdrücklich darauf hin, dass das Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer Lokalanästhesie eingeschränkt sein kann.

### Hinweise zu unserem Praxisservice und Praxisablauf:

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Praxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie, uns mindestens 48 Stunden vorher (bei Terminen am Montag spätestens am Freitagmorgen) Ihre Verhinderung per Telefon oder E-Mail anzuzeigen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann. Für Termine, die nicht rechtzeitig abgesagt werden, behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar in Höhe des Verzugsschadens zu berechnen. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

Eltern und Begleitpersonen bitten wir während der Behandlung im Wartezimmer Platz zu nehmen, da die Behandlung dann erfahrungsgemäß wesentlich reibungsloser abläuft.

### Hinweise zum Datenschutz:

Die Informationen zur Erhebung Personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.  
Ich stimme einer Weitergabe meiner Daten an **weiterbehandelnde** Ärzte/Zahnärzte telefonisch oder per E-Mail (z.B. Röntgenbildversand) zu: ja  nein

**Ich habe die medizinischen Auskünfte nach bestem Wissen ausgefüllt sowie die Aufklärung zur Lokalanästhesie, zum Ausfallhonorar und zum Datenschutz zur Kenntnis genommen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.**

.....  
Datum, Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche(r) Vertreter/in

**Vielen Dank!**