

# ANAMNESEBOGEN

## Anleitung

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen möglichst umfassend aus. Bringen Sie den Anamnesebogen ausgedruckt zu Ihrem Termin in unsere Praxis mit. Wenn Sie einmal eine Frage nicht beantworten möchten oder sie nicht verstehen, kein Problem; lassen Sie sie einfach aus. Das Ausfüllen des Anamnesebogens ist wichtig, um Sie bestmöglich behandeln zu können und dient Ihnen und dem Zahnarzt als Vorbereitung auf das gemeinsame Gespräch bzw. Behandlung. Falls Sie selbst Schwierigkeiten haben sollten diesen Bogen auszufüllen, kann dies beispielsweise auch ein Angehöriger für Sie tun. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank!

## Patientendaten

---

Name des Patienten:

geb. am:

Geburtsort:

Anschrift:

Name der Krankenkasse:

Bitte bei einer gesetzlichen  
Krankenkasse angeben:

Pflichtversichert

Ja

Nein

Freiwillig versichert

Ja

Nein

Haben Sie eine private Zusatzversicherung

Ja

Nein

Haben Sie die Kostenerstattung gewählt?

Ja

Nein

Telefon:

Fax:

Mobil:

Telefon Büro:

E-Mail Adresse:

Beruf:

## Versichertendaten

(sofern sie von den Patientendaten abweichen)

---

Rechnung an Patienten oder Versicherten?

Versicherter:

geb. am:

Anschrift:

## Weitere Angaben

---

Arbeitgeber:

Anschrift des Arbeitgebers:

Wie möchten Sie an Ihren nächsten  
Vorsorgetermin erinnert werden?

telefonisch

per SMS

per E-Mail

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

„Sie kommen zur Behandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel die andernorts vielfach üblichen Wartezeiten erspart bleiben. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, diese spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, damit wir für Sie vorgesehene Zeit noch adäquat verplanen können.

Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitig vertragliche Pflichten. So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. Die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden.

Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt und eingehalten wird.“

---

## Ihr persönlicher Gesundheitscheck

- |                                             |                             |                               |
|---------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzerkrankung                              | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Herzschrittmacher / Künstl. Herzklappen     | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Hoher Blutdruck                             | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Niedriger Blutdruck                         | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Ohnmachtsneigung                            | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Marcumar / Gerinnungshemmer                 | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Blutungsneigung / Bluterkrankung            | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Rheuma                                      | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Diabetes                                    | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung                      | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung (Hepatitis)                 | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Magen- / Darmerkrankung                     | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung                            | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankung / Asthma                   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen            | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie                                   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| HIV-Infektion/Stadium AIDS                  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche                             |                             |                               |

---

---

---

- |                  |                             |                               |
|------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Allergien?       | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? |                             |                               |

---

---

---

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

---

---

---

- |                                                        |                             |                               |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche?                                       |                             |                               |

---

---

---

- |                                       |                             |                               |
|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Sind Sie Raucher?                     | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich? |                             |                               |

---

---

---

- |                                                      |                             |                               |
|------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, in welchem Monat?                           |                             |                               |

---

## Grund Ihres Besuchs

---

- |                                          |                             |                               |
|------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Zahnschmerzen                            | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Zahnfleischbluten                        | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen        | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Kiefergelenkbeschwerden                  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Knirschen                                | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Mundgeruch                               | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Wünschen Sie nur eine Schmerzbehandlung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges                                | <input type="text"/>        |                               |
|                                          | <input type="text"/>        |                               |
|                                          | <input type="text"/>        |                               |

## Sie sind uns wichtig

---

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?

  
  

- |                                                               |                             |                               |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen                        | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Starke Schmerzempfindlichkeit                                 | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Starker Würgereiz                                             | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen?

Ich wünsche eine Beratung über folgende Punkte:

- |                                       |                             |                               |
|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Implantat / Implantatversorgung       | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Professionelle Zahnreinigung          | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Weißer Zähne (Bleaching)              | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Zahnfarbene Keramikfüllung            | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

## Angebote

---

- |                                                                                                             |                                      |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| Möchten Sie Informationen zu speziellen Aktionen oder Angebote (z.B. Bleaching, Prophylaxe, usw.) erhalten? | Ja <input type="checkbox"/>          | Nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wie möchten Sie informiert werden?                                                                 | <input type="checkbox"/> telefonisch |                               |
|                                                                                                             | <input type="checkbox"/> per SMS     |                               |
|                                                                                                             | <input type="checkbox"/> per E-Mail  |                               |

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns **10** Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung. Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_