

- Gesetzliche Krankenkasse   
 Private Krankenkasse   
 Zusatzversicherung

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_



## Anamnesebogen

Liebe Patientinnen und Patienten,

um eine Behandlung zu erreichen, die individuell auf Sie abgestimmt ist, bitten wir Sie unseren Anamnesebogen sorgfältig auszufüllen.

**Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.**

### Patient/in

Familienname	Vorname	Geburtsdatum
Straße/Hausnummer	PLZ/Ort	E-Mail
Telefon	Mobil	Hausarzt
Beruf	Arbeitgeber	Hauszahnarzt

### Hauptversicherte Person (falls abweichend)

Familienname	Vorname	Geburtsdatum
Straße/Hausnummer	PLZ/Ort	E-Mail
Telefon	Mobil	

### Gesundheitszustand

#### Herz-Kreislaufferkrankungen

Herzkrankung  Ja /  Nein

Wenn ja, seit wann/welche?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Herzschrittmacher  Ja /  Nein

Endokarditisprophylaxe  Ja /  Nein

Hoher Blutdruck  Ja /  Nein

Niedriger Blutdruck  Ja /  Nein

Ohnmachtsanfälle  Ja /  Nein

#### Stoffwechselstörung

Diabetes mellitus  Ja /  Nein

Schilddrüsenerkrankung  Ja /  Nein

Gicht  Ja /  Nein

#### Organerkrankungen

Organtransplantation  Ja /  Nein

Nierenerkrankung  Ja /  Nein

Asthma/Lungenerkrankung  Ja /  Nein

Magen-Darmerkrankung  Ja /  Nein

#### Tumorerkrankungen

Wenn ja, seit wann/welche?  Ja /  Nein

\_\_\_\_\_

Chemotherapie, wenn ja, wann?  Ja /  Nein

Bestrahlung, wenn ja, wann?  Ja /  Nein

Bisphosphonate/Antikörpertherapie,  Ja /  Nein

wenn ja, wann \_\_\_\_\_

#### Knochenerkrankungen

Knochenmetastasen  Ja /  Nein

Rheuma/Arthritis  Ja /  Nein

Osteoporose  Ja /  Nein

#### Erkrankungen des Nervensystems

Anfallsleiden (Epilepsie)  Ja /  Nein

Psychische Erkrankungen  Ja /  Nein

#### Infektionserkrankungen

Hepatitis, wenn ja welche \_\_\_\_\_  Ja /  Nein

Hepatitis ausgeheilt seit \_\_\_\_\_  Ja /  Nein

HIV-Infektion/AIDS  Ja /  Nein

Multiresistente Keime (MRSA,VRE,MRGN)  Ja /  Nein

**Bitte wenden ►**

## Allergien/Unverträglichkeiten

Lokalanästhesie  Ja /  Nein

Antibiotika  Ja /  Nein

Schmerzmittel  Ja /  Nein

sonstige Allergien \_\_\_\_\_

## Sonstige Erkrankungen

---

---

---

## Aktuelle Medikamenteneinnahme/Präparate

Blutgerinnungshemmende Medikamente  Ja /  Nein

Wenn ja, seit wann/welche? \_\_\_\_\_

sonstige Medikamente \_\_\_\_\_

---

---

**Rauchen Sie?** Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_  Ja /  Nein

**Konsumieren Sie regelmäßig Drogen?** Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  Ja /  Nein

**Sind Sie derzeit schwanger?** Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_  Ja /  Nein

**Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate geröntgt?** Wenn ja, von wem und wann? \_\_\_\_\_  Ja /  Nein

---

Ich \_\_\_\_\_ (*Name&Vorname oder gesetzl. Vertreter*) habe den Text betreffend der Information zur Erhebung personenbezogener Daten gelesen, verstanden und willige den Bedingungen ein. Der Text wurde mir ausgehändigt und ist zusätzlich im Wartebereich der Praxisklinik Dr. Hoffmann und Kollegen einsehbar. Mit meiner Unterschrift willige ich ebenfalls in das regelmäßige Nachsorgesystem (*Implantatrecall/Mundschleimhautrecall*) der Praxisklinik Dr. Hoffmann und Kollegen ein. Die Einwilligung ist jederzeit widerrufbar.

Ich erkläre mich einverstanden, dass nach persönlicher Rücksprache Fotografien/Röntgenbilder und Modelle von mir und von Befunden oder Situationen vor, während bzw. nach des Eingriffs oder der Behandlung angefertigt und im Einzelfall auch für interne Fortbildungen publiziert werden können. Diese Bilder dienen neben der Planung von Behandlungen insbesondere auch der Dokumentation der Behandlung. Das Bildmaterial wird (*zumindest in digitaler Form*) mindestens 10 Jahre lang gespeichert werden. Ich stimme zu, dass meine Befunde und Fotografien/Röntgenbilder an meine/n weiterbehandelnde/n Zahnärztin/Zahnarzt übermittelt werden können. Die Einwilligung ist jederzeit widerrufbar.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner obigen Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter/in