

# Anamnesebogen

Liebe Patienten, willkommen in unserer Zahnarztpraxis „Art Dental Studio Boduryan“. Für eine individuelle und komplikationslose Behandlung benötigen wir einige Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand. Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig aus. Sobald sich etwas an diesen Angaben ändert, informieren Sie uns bitte unaufgefordert. Alle durch Sie gemachten Angaben unterliegen der zahnärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank!

## Zutreffendes, bitte ankreuzen!

### Anmeldung und Fragen zu Ihrer Gesundheit:

Name, Vorname\*

Straße, PLZ/Ort\*

Telefon\*

Geburtsdatum\*

Email\*

Beruf

Gesetzlich Versichert\* (Ja/Nein)

Zusatzversicherung\*

(Ja/Nein)

Privat Versichert\* (Ja/Nein)

Beihilfe\*

(Ja/Nein)

Besitzen Sie ein Bonusheft?

(Ja/Nein)

Haben Sie Angst vorm Zahnarzt?

(Ja/Nein)

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

Wann wurden Ihre Zähne das letzte mal geröntgt?

(Ja/Nein)

Sind Sie mit dem Aussehen ihrer Zähne (Form, Farbe) zufrieden?

(Ja/Nein)

Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorge-/Kontrolltermin erinnert werden?\*

(Ja/Nein)

Wie sind sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? \*** (Ja/Nein)
- Blutverdünnende Medikamente (z.B Marcumar) (Ja/Nein)
  - Bisphosphonate (Ja/Nein)
  - Cortison (Ja/Nein)
  - Herzmedikamente (Ja/Nein)
  - Schmerzmittel (Ja/Nein)
  - Antidepressiva (Ja/Nein)
  - Medikamente (Ja/Nein)

**Sind Sie Raucher?** (Ja/Nein)

**Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen: (zutreffendes, bitte ankreuzen)**  
**Herz-/Kreislaufkrankungen**

- Hoher Blutdruck (Ja/Nein)
- Niedriger Blutdruck (Ja/Nein)
- Endokarditis (Ja/Nein)
- Herzklappenfehler (Ja/Nein)
- Herzschrittmacher (Ja/Nein)
- Herzinfarkt (wann?) (Ja/Nein)

**Diabetes** (Ja/Nein)

**Krebserkrankungen** (wann?) (Ja/Nein)

**Infektionskrankheiten**

- Hepatitis A,B,C (Ja/Nein)
- Lebererkrankungen (Ja/Nein)
- AIDS/HIV (Ja/Nein)
- Tuberkulose (Ja/Nein)

**Anfallsleiden /Epilepsie** (Ja/Nein)

**Asthma /Atemnot** (Ja/Nein)

**Magen-Darmerkrankung** (Ja/Nein)

**Nierenerkrankungen** (Ja/Nein)

**Rheumatische Erkrankungen** (Ja/Nein)

**Schilddrüsenerkrankung** (Ja/Nein)

**Osteoporose** (Ja/Nein)

**Ohnmachtsneigung** (Ja/Nein)

**Haben Sie Bluterkrankungen oder abnorme Blutungsneigungen bzw. Blutgerinnungsstörungen** (Ja/Nein)

**Schlaganfall (wann?)** (Ja/Nein)

**Nervenerkrankungen** (Ja/Nein)

**Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?** (Ja/Nein)

- bei bestimmten Materialien (Ja/Nein)
- bei bestimmten Arzneimitteln (Ja/Nein)
- Penicillin Allergie (Ja/Nein)
- Latex Allergie (Ja/Nein)
- Jod Allergie (Ja/Nein)
- Allergiepass vorhanden (Ja/Nein)

Hatten Sie Reaktionen auf Betäubungsspritzen? (Ja/Nein)

Andere Erkrankung? (Ja/Nein)

Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welchem Monat?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Veränderungen meiner Daten oder meines Gesundheitszustandes werde ich unverzüglich mitteilen. Ich nehme zur Kenntnis, dass die in der Zahnarztpraxis beschäftigten Ärzte und Mitarbeiter, aus dem Berufsrecht der ärztlichen Verschwiegenheit unterliegen. Weiterhin ist mir bekannt, dass die Mitarbeiter der Zahnarztpraxis die geltenden Bestimmungen des Datenschutzes einhalten.

**Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis an. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Sie verpflichten sich daher vereinbarte Termine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden. Ansonsten werden wir im Einzelfall prüfen, ob wir Ihnen einen uns entstandenen Schaden in Rechnung stellen müssen.**

Mit meiner Unterschrift bestätigte ich, dass ich alle Angaben wahrheitsgetreu gemacht habe.

Ort/Datum

Unterschrift