



PATIENT

_____ Name	_____ Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Straße, Hausnummer	_____ PLZ, Wohnort	_____ Telefon-, Handy-Nummer
_____ Krankenkasse		_____ EMail

VERSICHERTER

_____ Name	_____ Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Straße, Hausnummer	_____ PLZ, Wohnort	_____ Telefon-, Handy-Nummer

RÖNTGEN

Sind Sie schon einmal im Kopf-/Kieferbereich geröntgt worden?

ja nein

Wenn ja, wann? _____

FÜR PATIENTINNEN

Sind Sie schwanger?

ja nein

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Wir bitten um Mitteilung, falls während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben im Erfassungsbogen. Änderungen meines Gesundheitszustandes werde ich vor weiteren Behandlungen unaufgefordert mitteilen.

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift Patient	_____ Unterschrift gesetzlicher Vertreter
---------------------	-------------------------------	----------------------------------------------

Hinweis zur Wirkung von Medikamenten

Wir machen darauf aufmerksam, dass Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung bzw. nach einer Lokalanästhesie und/oder Medikamentengaben eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns diese Aufklärung durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift Patient	_____ Unterschrift gesetzlicher Vertreter
---------------------	-------------------------------	----------------------------------------------

Datenschutz / Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)). Eine Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten liegt im Wartezimmer zur Einsichtnahme aus. Bitte bestätigen Sie uns den Erhalt der Information / die Kenntnisnahme der Information durch Ihre Unterschrift.

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift Patient	_____ Unterschrift gesetzlicher Vertreter
---------------------	-------------------------------	----------------------------------------------

Hinweise zu unserem Praxisablauf / weitere Vereinbarungen

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vor Terminbeginn, Ihre Verhinderung mitzuteilen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann. Wir machen darauf aufmerksam, dass wir Ihnen gegebenenfalls ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen werden. Hiermit bestätige ich die Kenntnisnahme dieser Regelung

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift Patient	_____ Unterschrift gesetzlicher Vertreter
---------------------	-------------------------------	----------------------------------------------

Recall-Service

Um unseren Patienten regelmäßige Kontrolluntersuchungen, z.B. als (Bonus-)Nachweis für die Krankenkasse, zu erleichtern, bieten wir die Teilnahme an unserem sogenannten Recall-Service (Erinnerungsservice) an. Sie werden von uns regelmäßig angeschrieben, um Sie an die Vereinbarung eines Kontrolltermins zu erinnern. Bitte teilen Sie uns mit, ob Sie eine Teilnahme an diesem Service wünschen.

- Ich wünsche eine Teilnahme am Recall-Service.
- Ich wünsche keine Teilnahme am Recall-Service.

Die Teilnahme am Recall-Service erfordert das Vorliegen einer schriftlichen Einwilligungserklärung in die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu diesem Zweck (Recall).

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift Patient	_____ Unterschrift gesetzlicher Vertreter
---------------------	-------------------------------	----------------------------------------------

ANAMNESEBOGEN

ERSTAUFNahme

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung darauf abstimmen zu können. Füllen Sie deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Bitte füllen Sie dringend auch die Rückseite des Fragebogens aus. Sollten Sie Fragen haben, geben wir Ihnen gerne Auskunft.

Ihre Antworten auf die folgenden Gesundheitsfragen dienen uns zur **Einschätzung Ihres Gesundheitszustands**, zur **individuellen Behandlungsplanung** und zur **Vermeidung medizinischer Notfälle**. Daher ist die Beantwortung der Gesundheitsfragen notwendig. Sie können die Fragen ersatzweise auch in einem persönlichen Gespräch beantworten; die Erfassung der Antworten erfolgt dann durch eine/n Mitarbeiter/in in Ihrer Patientendatei. **Wir machen darauf aufmerksam, dass eine Behandlung in unserer Praxis ohne vorherige Beantwortung der Gesundheitsfragen nicht möglich ist.**

Die einmalige Beantwortung der Gesundheitsfragen vor Ihrer Erstbehandlung in unserer Praxis ist notwendig, jedoch für Folgebehandlungen nicht ausreichend. **Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes vor jeder Behandlung unaufgefordert mit.** Zur Erinnerung bitten wir Sie einmal jährlich durch Ausgabe des Erfassungsbogens und mit Bitte um erneutes Ausfüllen um Angabe möglicher Änderungen.



ALLGEMEINMEDIZINISCHE AUSKÜNFTE

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie **allergisch** gegen bestimmte
Medikamente oder andere Stoffe?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen **Herzschrittmacher**?

ja nein

Haben Sie eine **künstliche Herzklappe**?

ja nein

Nehmen Sie **blutverdünnende** (gerin-
nungshemmende) Medikamente?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Besitzen Sie einen **Allergiepass**?

ja nein

Wenn ja, welche Stoffe sind genannt?

Vertragen Sie bestimmte Medikamente **nicht**?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen oder nahmen Sie Medikamente zur
Regulierung des Knochenstoffwechsels (Osteopo-
rose/ Knochenmetastasen) wie zum Beispiel
Bisphosphonate ein?

ja nein

Wenn ja, welche? _____



LEIDEN ODER LITTEN SIE UNTER EINER DER FOLGENDEN GESUNDHEITLICHEN STÖRUNGEN?

Gehirn- und Nervenerkrankungen

(z. B. Anfallsleiden, Migräne, Depression)

ja nein

Wenn ja, unter welcher?

Stoffwechselstörungen

(z. B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen)

ja nein

Wenn ja, unter welcher?

Erkrankungen des Bewegungsapparates

(z. B. Rheuma, Gicht)

ja nein

Wenn ja, unter welcher?

Erkrankung des blutbildenden Systems

(z. B. Blutarmut, Bluter)

ja nein

Wenn ja, unter welcher?

Haben Sie einen **Herzschrittmacher**?

ja nein

Haben Sie eine **künstliche Herzklappe**?

ja nein

Kreislaufkrankungen

(z.B. hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall)

ja nein

Wenn ja, unter welcher?

Allergien / Atemwegserkrankungen

(z.B. Neurodermitis, Heuschnupfen, Asthma)

ja nein

Wenn ja, unter welcher?

Herzkrankungen

(z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschwäche)

ja nein

Wenn ja, unter welcher?

Nieren- / Blasen- / Leber- / Magen- /Darmerkrankung

(z. B. Niereninsuffizienz, Gelbsucht)

ja nein

Wenn ja, unter welcher?

Erkrankung der Augen

(z. B. grauer Star, grüner Star)

ja nein

Wenn ja, unter welcher? _____

LEIDEN ODER LITTEN SIE UNTER EINER INFEKTIONSKRANKHEIT?

Leiden oder litten Sie an folgenden
Infektionskrankheiten?

HIV (AIDS) ja nein

Hepatitis ja nein

Tuberkulose (Tbc) ja nein

Creutzfeld-Jacob (CJ) ja nein

MRSA ja nein

Röteln, Mumps,
Masern, Scharlach ja nein

Sonstige Infektionskrankheiten

**Endokarditisprophylaxe /
Antibiotische Abschirmung** notwendig?

ja nein

Haben Sie künstliche Endoprothesen (Knie, Hüfte o.a.)
oder wurde in letzter Zeit eine **Herz-OP**
bei Ihnen vorgenommen

ja nein

Nehmen Sie **regelmäßig** Alkohol oder Drogen zu sich?

ja nein

Wenn ja, was / welche? _____

ZAHNMEDIZINISCHE AUSKÜNFTE

Sind Sie schon einmal **kieferorthopädisch**
behandelt worden?

ja nein

Wenn ja, wann? _____

Traten bei Ihnen bei einer zahnärztlichen Behandlung
Komplikationen auf?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Traten bei Ihnen **Schmerzen oder Knackgeräusche** im
Kiefergelenk auf?

ja nein