Ihre Zahnärztin
Dr. Claudia Rieder

Anamnesebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikofreie Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient _____

Name | Vorname | Geburtsdatum und -Ort

Versicherte Person _____

Name | Vorname | Geburtsdatum

Anschrift _____

Straße + Nr. | Telefon tagsüber

_____

PLZ | Ort | E-Mail

Krankenkasse _____

Zahn-Zusatzversicherung ○ Ja ○ Nein

Beruf _____ **Arbeitgeber** _____

Besitzen Sie ein Bonusheft (betrifft nur Kassenpatienten) ○ Ja ○ Nein Wenn ja, Bonus seit _____

Möchten Sie an unserem Erinnerungsservice (**Recall**) teilnehmen ?

○ Ja, gerne ○ Nein, danke

Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand

Sind sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung ? ◯ Ja Grund: _____

◯ Nein

Hausarzt (Name, Adresse, Tel.- Nummer): _____

Medikamente Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein ? _____

_____

_____

Allergien Gegen welche Materialien und Medikamente besteht bei Ihnen eine Überempfindlichkeit oder Allergie ? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass ? ◯ Ja ◯ Nein

Kreuzen Sie bitte an, ob Sie an einer der folgenden Erkrankungen / Befunde leiden / gelitten haben:

Herz	Herzschwäche (insuffizienz) ?	◯ Ja	◯ Nein
	Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie) ?	◯ Ja	◯ Nein
	Herzasthma / Angina Pectoris ?	◯ Ja	◯ Nein
	Herzschrittmacher / Herzklappenersatz ?	◯ Ja	◯ Nein
Kreislauf	Ist Ihr Blutdruck zu hoch ?	◯ Ja	◯ Nein
	Ist Ihr Blutdruck zu niedrig ?	◯ Ja	◯ Nein
	Hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt ?	◯ Ja	◯ Nein
	Wenn ja, wann ? _____		
	Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein ?	◯ Ja	◯ Nein
Vegetative	Ohnmachtsanfälle ?	◯ Ja	◯ Nein
Erkrankung	Tinnitus ?	◯ Ja	◯ Nein
	Migräne ?	◯ Ja	◯ Nein
Stoffwechsel	Diabetes (Zucker) ?	◯ Ja	◯ Nein
	Magen-Darmerkrankung ?	◯ Ja	◯ Nein
	Schilddrüsenerkrankung ?	◯ Ja	◯ Nein

Nervensystem	Epileptische Anfälle ?	◯ Ja	◯ Nein
	Krämpfe ?	◯ Ja	◯ Nein
Blut	Blutungsneigung (Hämophilie) ?	◯ Ja	◯ Nein
	Blutverdünnung ?	◯ Ja	◯ Nein
Infektionen	Hepatitis A / B / C ?	◯ Ja	◯ Nein
	HIV / AIDS ?	◯ Ja	◯ Nein
	Chronische Atemwegserkrankungen ?	◯ Ja	◯ Nein
Sonstiges	Sind oder waren Sie drogenabhängig ?	◯ Ja	◯ Nein
	- oder alkoholabhängig?	◯ Ja	◯ Nein
	Rauchen Sie ?	◯ Ja	◯ Nein
	Schnarchen Sie ?	◯ Ja	◯ Nein
Röntgen	Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-/ Kiefer-/ Zahnbereich geröntgt?	◯ Ja	◯ Nein

Sind Sie schwanger ? Wenn ja, vorraussichtlicher Geburtstermin: _____

(Nur für Frauen 😉)

Haben Sie Interesse an einer Amalgamsanierung ◯ Ja ◯ Nein

an einer umweltzahnmedizinischen Beratung ◯ Ja ◯ Nein

(keine Kassenleistung)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Empfehlung von _____

Internet: ◯ Ja ◯ Nein

Anderes: _____

Datenschutzrechtliche Einwilligung :

Herr/ Frau _____ geb.: _____

stimmt der Erhebung, Erfassung, Übernahme und der zentralen Speicherung mittels EDV und ggf. Anforderung bzw. Weiterleitung seiner/ihrer personenbezogenen Daten einschließlich der Röntgenbilder (z.B. an mitbehandelnde Kollegen, Zahntechnikerlabore, Kostenträger, Zusatzversicherungen und Gutachter) durch die Praxis zu.

Ich weiß, dass ich jederzeit Auskunft über die Verwendung der Daten verlangen oder diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Bei Kindern unter 16 Jahren erfolgt die Einwilligung durch den/die Erziehungsberechtigten (Art. 8 Abs. 1 DSGVO).

Lindau, den _____ **Unterschrift:** _____