

# ANAMNESEBOGEN



## 1. Persönliches

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz/Mobil \_\_\_\_\_ Telefon Arbeit \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Pflegestufe/Pflegegrad \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? \_\_\_\_\_

Familienversichert bei (Name, Geburtsdatum)? \_\_\_\_\_

## 2. Allgemeine Situation

Bemerkung

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche? \_\_\_\_\_

z.B. Blutverdünner wie Xarelto, Eliquis, Marcumar, ASS, Bisphosphonate u.a.

### Bitte zutreffendes ankreuzen!

Haben Sie Allergien?  ja  nein \_\_\_\_\_

Herzerkrankungen/Herzrhythmusstörung  ja  nein \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Herzschrittmacher/Herzklappenersatz  ja  nein \_\_\_\_\_

Haben Sie Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, HIV)  ja  nein \_\_\_\_\_

Rheuma  ja  nein \_\_\_\_\_

Asthma  ja  nein \_\_\_\_\_

Diabetes  ja  nein \_\_\_\_\_

Epilepsie  ja  nein \_\_\_\_\_

Schilddrüsenerkrankung  ja  nein \_\_\_\_\_

Glaukom  ja  nein \_\_\_\_\_

Osteoporose  ja  nein \_\_\_\_\_

Tumorerkrankungen  ja  nein \_\_\_\_\_

Magen-Darm-Erkrankung  ja  nein \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele?  ja  nein \_\_\_\_\_

Drogenkonsum/ regelmäßiger Alkoholkonsum?  ja  nein \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein \_\_\_\_\_

Blutdruck  niedrig  normal  hoch

Wer ist ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

#### 4. Zahn-Mund-Situation

			Bemerkung
Haben Sie zurzeit Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Zahnfleischrückgang oder Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Knackt oder knirscht ihr Kiefergelenk beim Kauen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Haben Sie Kopf-oder Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Wurde schon einmal eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen gemacht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Bei welchem Zahnarzt waren Sie zuletzt?	_____		
Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung?	_____		

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in dieser Zeit beschäftigt. Die gesamte Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt.

Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitige (d.h. möglichst 24 Std. vorher) abzusagen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absagen können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr anbieten.

Ausfallzeiten dürfen und können nach §615 Satz BGB §287 ZPO berechnet werden.

Erhalten Sie wegen Beschwerden/ Schmerzen einen Notfalltermin, so müssen Sie aus organisatorischen Gründen mit Wartezeit rechnen.

Ist für die Behandlung eine Anästhesie notwendig, möchten wir Sie darauf hinweisen, dass es dadurch zu einer verminderten Reaktionszeit im Straßenverkehr kommen kann und empfehlen deshalb 24h nach Lokalanästhesie kein Fahrzeug zu steuern.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich Terminerinnerungen per SMS von der oben genannten Praxis erhalte und mir elektronisch unverschlüsselt übermittelt werden. Dieser Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

#### **Datenschutzerklärung:**

Ich gebe mein Einverständnis zur Erhebung und Speicherung personenbezogener Daten, insbesondere Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde wie Röntgenaufnahmen und Fotografien und Abdrücke der Kiefer, soweit dies im Rahmen der Behandlung erforderlich ist. Ich bin damit einverstanden, dass Behandlungsunterlagen und Befunde anderen, an meiner Behandlung beteiligten Personen (Zahnärzte, Ärzte, Logopäden, Physiotherapeuten,...) zur Verfügung gestellt und auf postalischem oder elektronischem Wege (verschlüsselt, unverschlüsselt) mit meinen weiteren Behandlern ausgetauscht werden können.

Ich kann diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2).

---

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)