



## Anamneseformular

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um eine komplikationslose Behandlung zu gewährleisten, benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Wir bitten Sie, dieses Formular gewissenhaft auszufüllen, bei Fragen steht Ihnen das Praxisteam gerne zur Verfügung.

### Patient:

Herr/Frau/Kind Name ..... Vorname ..... geb. ....  
Anschrift Straße, Nr. ....  
Postleitzahl ..... Ort .....  
Telefon privat ..... Telefon tagsüber ..... Email .....

### Mitglied / Zahlungspflichtiger:

Herr/Frau Name ..... Vorname ..... geb. ....  
Anschrift Straße, Nr. ....  
Postleitzahl ..... Ort .....  
Telefon privat ..... Telefon tagsüber ..... Email .....

Krankenversicherung: .....  
 gesetzlich versichert  beihilfeberechtigt  
 privat  zusatzversichert  
 privat Basistarif

Beruf: .....

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? .....

Name Ihres Hausarztes: .....

Bitte wenden



**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich!**

**Leiden/litten Sie an einer der folgenden Krankheiten? Bitte kreuzen Sie die auf Sie zutreffenden Antworten an:**

- |                                                    |                                                      |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt (wann) .....  | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung .....        |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall (wann) ..... | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten ..... |
| <input type="checkbox"/> Rheuma                    | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung       |
| <input type="checkbox"/> Asthma                    | <input type="checkbox"/> andere .....                |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                  |                                                      |
| <input type="checkbox"/> Glaukom                   |                                                      |

**Allgemeinmedizinische Informationen:**

- |                                                              |                                                    |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bisphosphonat-Therapie (wann) ..... | <input type="checkbox"/> Endoprothese (wann) ..... |
| <input type="checkbox"/> Blutverdünner .....                 |                                                    |

**Allergien und Unverträglichkeiten:**

- |                                           |                                        |                                      |
|-------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lokalanästhetika | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Antibiotika |
| <input type="checkbox"/> Latexallergie    | <input type="checkbox"/> sonstige..... |                                      |

**Allgemeine Angaben:**

- Raucher (seit wann, Menge) .....
- regelmäßige Medikamente (seit wann, Menge) .....
- Frühere Röntgenuntersuchungen .....
- Schwangerschaft (Woche) .....
- Vorbehandler .....

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich verpflichte mich, die Zahnarztpraxis umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Sollten Sie einen fest vereinbarten Termin nicht wahrnehmen, ohne uns über diesen Umstand rechtzeitig vorher (24 Stunden) in Kenntnis gesetzt zu haben, dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihnen in diesem Fall eine Entschädigung in Rechnung gestellt werden kann (§§ 615/280BGB).

Hanau, .....  
(Datum, Unterschrift)

**Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger**

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Hanau, .....  
(Datum, Unterschrift)