

## Anamnesebogen

### Herzlich Willkommen in meiner Praxis

Bevor wir uns über Ihre zahnärztlichen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient / Patientin Herr / Frau	Name		
	Vorname	geb.	
Mitglied	Name		
	Vorname	geb.	
Anschrift	Straße		
	Nr.	PLZ / Ort	
Krankenkasse Oder Versicherung	Telefon privat		Telefon dienstlich
			Mobiltelefon
Beruf			

- Sind Sie privat versichert?**  
 **Sind Sie bei der Beihilfe versichert?**  
 **Sind Sie in einem Basistarif versichert?**  
 **Sind Sie gesetzlich versichert?**  
 **Haben Sie eine Zahn-Zusatzversicherung?**

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?** \_\_\_\_\_

**Wünschen Sie eine Terminerinnerung über SMS?**

ja  nein

**Wünschen Sie Rechnungen und Schriftverkehr auch über E-Mail?** Ja  nein

Rechnungen können dann als kennwortgeschützte pdf-Datei gesendet werden. Das Kennwort lautet dann praxis@Ihr Geburtsjahr (z.B. praxis@1984).

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Professionelle Zahnreinigung

Prophylaxe bedeutet Vorbeugung, z. B. Vorbeugung gegen Karies oder Parodontose. Wir bieten in meiner Praxis eine **professionelle Zahnreinigung (PZR)** an. Wünschen Sie darüber informiert zu werden?

ja  nein

**Bitte beachten Sie unsere weiteren Fragen auf der Rückseite**

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, so helfen wir Ihnen gerne weiter. Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

- |                                                                                 |                                                           |                                                                                                                           |                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 1. Haben Sie zu hohen Blutdruck?                                                | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | 6. Leiden Sie unter der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) oder einer neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK) | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?                                            | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | 7. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Wenn ja, welche ?                                                           | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| 3. Habe oder hatten Sie Erkrankungen des Herzens?                               | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | _____                                                                                                                     |                                                           |
| - angeborene oder erworbene Herzfehler?                                         | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | 8. Bestehen z.Z. sonstige Erkrankungen?                                                                                   | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| - Herzklappenfehler oder Herzklappenprothesen?                                  | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Wenn ja, welche?                                                                                                          | _____                                                     |
| - Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?                                       | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | 8. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?                                                                            | _____                                                     |
| - Herzoperationen?                                                              | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | _____                                                                                                                     |                                                           |
| - Sonstiges? _____                                                              | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | 9. Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? Datum ungefähr: _____                                                        |                                                           |
| - Haben Sie einen Herzschrittmacher?                                            | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | 10. Rauchen Sie?                                                                                                          | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| - Haben Sie einen Herzpass?                                                     | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Wenn ja, wieviel Zigaretten pro Tag?                                                                                      |                                                           |
| 4. Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?        | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | 11. Für Patientinnen:                                                                                                     |                                                           |
| - Diabetes                                                                      | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Sind Sie schwanger?                                                                                                       | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| - Erkrankungen des Blutes ? (z. B. langes Nachbluten / Blutgerinnungsstörungen) | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |                                                                                                                           |                                                           |
| - Allergien _____                                                               | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |                                                                                                                           |                                                           |
| - Schilddrüsenerkrankungen?                                                     | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |                                                                                                                           |                                                           |
| - Asthma / Lungenerkrankungen?                                                  | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |                                                                                                                           |                                                           |
| - Nervenerkrankungen ?                                                          | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |                                                                                                                           |                                                           |
| - Lebererkrankungen / Gelbsucht?                                                | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |                                                                                                                           |                                                           |
| - Rheuma / Rheumatisches Fiber?                                                 | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |                                                                                                                           |                                                           |
| - Nierenerkrankungen?                                                           | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |                                                                                                                           |                                                           |
| - Anfallsleiden? (Epilepsie)                                                    | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |                                                                                                                           |                                                           |
| - Magen- / Darmerkrankungen?                                                    | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |                                                                                                                           |                                                           |
| - Immunschwäche ? (HIV positiv)                                                 | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |                                                                                                                           |                                                           |
| 5. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen?                    |                                                           |                                                                                                                           |                                                           |
| z.B. Marcumar _____                                                             | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |                                                                                                                           |                                                           |

**Wir bitten Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden davor abzusagen.**

Heidelberg, den \_\_\_\_\_

Ihre Unterschrift \_\_\_\_\_

**Bitte beachten: Betäubungsmittel (Injektionen) können die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen.**