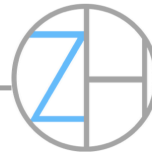


# ANAMNESEBOGEN



Praxis für  
**Zahnheilkunde**  
Dr. Dominik Hunold

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

## Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir noch einige Informationen. Wir möchten Sie an dieser Stelle darauf hinweisen, dass eventuell vorliegende Allgemeinerkrankungen eine zahnärztliche Behandlung beeinflussen können. Daher bitten wir Sie, diesen Anamnesebogen gewissenhaft auszufüllen. Bei Unklarheiten helfen wir Ihnen gerne weiter. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der Schweigepflicht.

## Persönliches

Name/Vorname

Geburtsdatum

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Telefon Festnetz

Telefon mobil

E-Mail

Ihr Hausarzt

### Terminreminderung:

Email

Postkarte

Telefon

Welchen Grund hat Ihr Besuch bei uns?

- Routinekontrolle
- Prophylaxe
- Zahnersatz
- Beratung
- „zweite Meinung“
- Implantate
- Schmerzbehandlung
- andere Gründe

Was erwarten Sie von uns?

Worauf legen Sie besonderen Wert?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Haben Sie Fragen zu einem bestimmten Thema?

### Krankenkasse:

Gesetzlich versichert

Zusatz

Privat

Beihilfe

Hauptversicherter mit Anschrift  
und Geburtsdatum:

**Bitte wenden**

## Allgemeine Gesundheit

(bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. unterstreichen)

- Schilddrüsenerkrankung
- Diabetes
- Osteoporose
- Lungenerkrankung
- Epilepsie
- Depressionen
- Hoher/niedriger Blutdruck
- Herzinfarkt erlitten
- Herzschrittmacher
- Herzklappenersatz
- Schlaganfall erlitten
- Blutgerinnungsstörung
- Nierenfunktionsstörung
- Magen-Darm-Erkrankung
- Tumorerkrankung
- Infektionserkrankung (HIV, Hepatitis, Tuberkulose)
- Augenerkrankung (Glaukom, grauer oder grüner Star)
- Allergien: \_\_\_\_\_

## Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? (z.B. ASS, Marcumar, Xarelto)

\_\_\_\_\_

Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien gegen bestimmte Medikamente?

\_\_\_\_\_

## Zahngesundheit

- |  |                               |                               |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?               | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Zahnfleischprobleme?                           | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie unter Mundgeruch/schlechtem Geschmack?        | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie mit Ihren Zähnen zufrieden?                     | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |
| Für unsere Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |
| Führen Sie sein Bonusheft der gesetzlichen Krankenkasse? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja   |

*Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Fahrtüchtigkeit nach einer Betäubung beeinträchtigt sein kann. Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) ein. Die Patienteninformation zur Datenschutzgrundverordnung liegt am Empfang zur Einsicht bereit und wurde mir ausgehändigt. Wenn ich an einen Termin erinnert werden möchte, bin ich damit einverstanden, dass dies in Form von Postkarten, Emails oder Anrufen geschieht.*

Datum

Unterschrift