

Anamnesebogen

Fragen zu Ihrer Gesundheit

So gehen Sie vor: 1. Füllen Sie den ausgedruckten Bogen aus und bringen Sie ihn unterschrieben zum ersten Termin mit. 2. Bitte senden Sie ihn nicht per E-Mail. 3. Sie können den Bogen auch in der Ordination ausfüllen.

1. Persönliche Daten

Vor- und Familienname

Geburtsdatum

Sozialversicherungsnummer

Krankenversicherung

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber

Hausärztin / Hausarzt

Empfohlen durch

2. Ihre Zähne

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt?

Welche Behandlung wurde gemacht?

Was führt Sie heute zu uns?

Hatten Sie eine Zahnsperre (Kieferregulierung)? Wann und wo?

Wie oft putzen Sie Ihre Zähne?

☐

3x täglich

☐

2x täglich

☐

seltener

Wie lange putzen Sie Ihre Zähne?

☐

3 Minuten

☐

2 Minuten

☐

kürzer

Wie schätzen Sie Ihre Mundhygiene ein?

☐

sehr gut

☐

gut

☐

eher schlecht

☐

schlecht

3. Termine - unsere Regeln

Ihr Termin ist ausschließlich für Sie reserviert. Damit wir diese Zeit bestmöglich nutzen, gilt:

- Bitte kommen Sie etwa 15 Minuten vor Ihrem Termin.
- Eine Absage ist bis 24 Stunden vor dem Termin kostenfrei – online oder telefonisch unter 0662 843 106.
- Sagen Sie später ab oder erscheinen Sie nicht zum Termin, wird Ihnen die reservierte Zeit in Rechnung gestellt.

Terminerinnerung (48 Stunden vorher) per:

☐

SMS

☐

E-Mail

☐

keine Erinnerung

4. Ihre Gesundheit

Haben oder hatten Sie jemals ...? Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage **Ja** oder **Nein** an.

		Ja	Nein
Herzinfarkt, Herzschrittmacher oder künstliche Herzklappe		☐	☐
Zu hoher oder zu niedriger Blutdruck		☐	☐
Diabetes (Zuckerkrankheit)		☐	☐
Blutgerinnungsstörung		☐	☐
Allergien (z. B. auf Medikamente, Betäubungsmittel, Latex)	Welche? 	☐	☐
Infektiöse Hepatitis (Gelbsucht)		☐	☐
HIV / AIDS		☐	☐
Andere Infektionskrankheiten oder meldepflichtige Krankheiten	Welche? 	☐	☐
Schweres Rheuma (Polyarthrit)		☐	☐
Medikamente gegen Osteoporose oder Krebs, oder Bestrahlung im Kopf- oder Halsbereich	Welche? 	☐	☐
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	Welche? 	☐	☐
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?	Welche? 	☐	☐
Sind Sie derzeit schwanger?	Schwangerschaftswoche 	☐	☐
Rauchen Sie?	Zigaretten pro Tag 	☐	☐

Wichtig: Bitte sagen Sie uns vor jeder Behandlung, wenn sich etwas an Ihrer Gesundheit oder Ihren Medikamenten geändert hat.

5. Bestätigung und Einwilligung

Ich bestätige, dass meine Angaben vollständig und richtig sind, und nehme die Terminregeln zur Kenntnis. Ich willige ein, dass meine persönlichen Daten und Gesundheitsdaten für Behandlung, Dokumentation und Abrechnung gespeichert, verarbeitet und, soweit nötig, weitergegeben werden. Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie in der Ordination.

Ort, Datum



Unterschrift Patientin / Patient (bei Kindern: Erziehungsberechtigte)