

ANAMNESEBOGEN

Damit wir bei der Behandlung auf eventuelle Krankheiten oder Beschwerden Rücksicht nehmen können,
bitten wir Sie, die Fragen auf der Rückseite sorgfältig zu beantworten.

Diese Fragen sind zum Teil gesetzlich vorgeschrieben.

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Sollten sich Ihre persönlichen Behandlungsdaten ändern, bitten wir Sie, uns dies vor der Behandlung mitzuteilen.

PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname

Geburtsdatum, -ort

Straße & Hausnummer

PLZ & Ort

Telefon-Nr. (Privat / Geschäftlich)

Mobil

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

VERSICHERUNGSDATEN (falls abweichend von Persönlichen Daten)

Name, Vorname

Geburtsdatum, -ort

Straße & Hausnummer

PLZ & Ort

Telefon-Nr. (Privat / Geschäftlich)

Mobil

E-Mail

Krankenversicherung

☐ Beihilfeberechtigt ☐ Zusatzversicherung ☐ Basis- / Standardtarif

Die Daten werden gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) elektronisch gespeichert. Bitte wenden!

Gesundheitszustand

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hoher Blutdruck (Hypertonie)
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)
Herzklappenerkrankung/-defekt
Herzinfarkt/ Angina Pectoris
Herzoperation
Herzschrittmacher/Herzklappenersatz
Schlaganfall
Endokarditispass
Medikamente für die Blutgerinnung

Bitte ankreuzen

☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein

Zusätzliche Informationen

Wenn ja, Medikament: _____
Wenn ja, Medikament: _____
Wenn ja, was: _____
Wenn ja, wann: _____
Wenn ja, was / wann: _____
Wenn ja, was: _____
Wenn ja, wann: _____
Wenn ja, bitte vorlegen!
Wenn ja, Medikament: _____

Infektionserkrankungen

HIV

Hepatitis

Tuberkulose
andere: _____

☐ Ja ☐ Nein

☐ Ja ☐ Nein

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche Form: _____

Ausgeheilt: ☐ Ja ☐ Nein

Allergien / Unverträglichkeiten

Lokalanästhetika
Schmerzmittel o. Antibiotika
Allergiepass
andere: _____

☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche: _____
Wenn ja, welche: _____
Wenn ja, bitte vorlegen!

Weitere Erkrankungen

Blutgerinnungsstörungen
Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, COPD)
Schilddrüsenerkrankung
Rheuma
Epilepsie
Diabetes
Nierenfunktionsstörungen
Osteoporose (Bisphosphonate?)
Ohnmachtsneigung
Künstliche Gelenke (z.B. Hüfte- Knieprothese)
Chemo- / Strahlentherapie

☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche: _____
Wenn ja, welche: _____

Allgemeine Angaben

Drogenkonsum
Besteht eine ehemalige Alkoholsucht?
Raucher
Regelmäßige Medikamente (z.B. Antidepressiva, Entwässerungsmedikamente)
Frühere Röntgenuntersuchung
Schwangerschaft
Pflegegrad (§ 15 SGB XI)
Eingliederungshilfe (§ 53 SGB XII)

☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, ☐ bis 10 ☐ über 10 Zigaretten / Tag

Wenn ja, Datum / Körperteil: _____
Wenn ja, welcher Monat: _____
Wenn ja, welcher Grad: _____

Wann waren ihre letzte Untersuchung beim Zahnarzt und ihre letzte professionelle Zahnreinigung?

Untersuchung: _____

Zahnreinigung: _____

Welche Produkte verwenden Sie?

- ☐ Handzahnbürste
- ☐ elektrische Zahnbürste
- ☐ Schallzahnbürste

- ☐ Zahnseide
- ☐ Interdentalbürsten
- ☐ Mundspülung

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Lächeln?



Welche Veränderungen möchten Sie gerne an Ihrem Lächeln / Ihren Zähnen vornehmen?

- ☐ gerade Zähne / Zahnfehlstellung korrigieren
- ☐ kaputte / fehlende Zähne ersetzen
- ☐ Amalgam-Sanierung

- ☐ weißere Zähne / Bleaching
- ☐ neue Prothesen / Kronen
- ☐ Sonstiges: _____

Aufklärung und Einwilligung zur zahnärztlichen Lokalanästhesie

Liebe Patientin, lieber Patient,

unsere Praxis legt großen Wert darauf dass Sie schmerzfrei behandelt werden. Dafür ist eine örtliche Betäubung (Lokalanästhesie) notwendig. Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet, Sie über folgenden Risiken und Nebenwirkungen aufzuklären:

Gelegentliche Nebenwirkungen:

- Schmerzen bzw. Missempfindungen an der Einstichstelle
- Bluterguss (Hämatom) mit Schwellung und/oder sichtbare Verfärbung
- Mitbetäubung benachbarter oder etwas entfernter Bereiche (z.B. Nase, Auge, Ohr)

Sehr seltene Nebenwirkungen:

- Vorrübergehende oder dauerhafte Schädigung des Nervus lingualis und des betreffenden Zungenbereiches
- Vorrübergehende oder dauerhafte Schädigung des Nervus buccalis und des Nervus alveolaris inferior
- Entzündung der Einstichstelle
- Hängende Lippe/Wange
- Kreislaufkollaps, Bewusstlosigkeit
- Allergische Reaktion auf verwendete Wirkstoffe

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder **mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen**, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden. Ich bin damit einverstanden, dass von mir ein Foto zur Vervollständigung meiner Patientenkartei (nicht für Werbezwecke etc.) aufgenommen werden darf.

Leider haben die gesetzlichen Krankenkassen die Leistungen den medizinischen Möglichkeiten nicht angepasst – so werden einige Leistungen nicht oder nur teilweise übernommen. Auch bei privaten Versicherungen und Beihilfestellen werden immer mehr Therapien nicht bezuschusst. Jedoch bieten wir Ihnen trotzdem gerne solche ratsamen Leistungen an und informieren Sie über die Vorgehensweise. Ebenso ist es bei Privatversicherungen aufgrund der verschiedenen Verträge nicht immer eindeutig, welche Leistungen übernommen werden. Eine Anpassung der Rechnung an die individuellen Versicherungsverträge wird von uns nicht vorgenommen.

Zur Klärung Ihrer Ansprüche gegenüber Ihrer Versicherung stellen wir Ihnen auf Wunsch gerne eine Übersicht der bei Ihnen notwendigen Therapien zusammen.

Friedrichshafen, den _____

Unterschrift Patient bzw. gesetzliche/r Vertreter/in*

*bei Personen unter 18 Jahren / Geschäftsunfähigen / beschränkt Geschäftsfähigen