

## Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

## Anamnesebogen

Patient Herr/Frau/Kind Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_  
 Versicherter Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_  
 Anschrift PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
 Straße/Nr. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Mobil \_\_\_\_\_ Ich möchte eine Erinnerung an Termine per SMS  Ja  Nein  
 E-Mail \_\_\_\_\_  
 Rechnungsadresse (falls abweichend) \_\_\_\_\_  
 Name der gesetzlichen Krankenkasse/Privatkrankenkasse \_\_\_\_\_

## Allgemeine Gesundheitsangaben **Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen:**

Allergien (z.B. Metalle, Hausstaub) welche _____	<input type="radio"/>	Epilepsie	<input type="radio"/>
Blutdruck: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> niedrig <input type="radio"/> hoch		Rheuma, rheumatisches Fieber	<input type="radio"/>
Herz- / Kreislauferkrankungen	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>
Bypass / Stent / Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>
Herzklappenerkrankung /-ersatz	<input type="radio"/>	Tumorerkrankung	<input type="radio"/>
Herzinfarkt, Angina Pectoris	<input type="radio"/>	Osteoporose	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörungen (z.B. Hämophilie)	<input type="radio"/>	Einnahme von Bisphosphonaten	<input type="radio"/>
Endokarditis – Prophylaxe	<input type="radio"/>	Neigen Sie zur Ohnmacht?	<input type="radio"/>
Nehmen Sie Blutverdünner? (z.B. Marcumar)	<input type="radio"/>	Rauchen Sie?	<input type="radio"/>
Immunschwäche (HIV / AIDS)	<input type="radio"/>	wie viele pro Tag: _____	
Lebererkrankung (Gelbsucht / Hepatitis A, B, C)	<input type="radio"/>	Waren oder sind Sie drogenabhängig?	<input type="radio"/>
Lungenerkrankung (z.B. Asthma / COPD)	<input type="radio"/>	Trinken Sie Alkohol	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> gelegentlich <input type="radio"/> regelmäßig	

Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger?

Wenn ja, welche Woche: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie z. Zt. Medikamente ein?

Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sonstige Krankheiten?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### HNO-Historie

Für die kieferorthopädische Behandlung benötigen wir folgende Angaben:

Polypen entfernt

Mandeln entfernt

Vermehrt Atmung durch  Nase  Mund  gemischt

Daumenlutschen

bis zum \_\_\_\_\_ Lebensjahr

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und verpflichte mich, etwaige Änderungen meiner Angaben mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. Erziehungsberechtigter)

Mit meiner Unterschrift willige ich der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der Vorschriften des nationalen Datenschutzes, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. Erziehungsberechtigter)