



## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und auf Ihren Gesundheitszustand angepasst werden kann, benötigen wir die Beantwortung nachfolgender Fragen. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. dienstl. \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_

### Bei Familienversicherung abweichende Angaben des Versicherten/Zahlungspflichtigen

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Tel. dienstl. \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

### Krankenversicherung:

- Gesetzlich  Zahnzusatzversicherung  Privat versichert ( hierbei Basistarif?)  
 Familienversichert  Freiwillig versichert  Rentner  Student

### Medizinische Befunderhebung (zutreffendes bitte ankreuzen):

- Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?  
 Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?

### Haben oder hatten Sie folgende Erkrankung (zutreffendes bitte ankreuzen):

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung                   | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Kreislauferkrankung   |
| <input type="checkbox"/> Blutungsneigung/Marcumar/Aspirin |  | <input type="checkbox"/> Epilepsie   |
| <input type="checkbox"/> Immunschwäche (HIV+)             | <input type="checkbox"/> Hepatitis         | <input type="checkbox"/> Diabetes  |
| <input type="checkbox"/> Asthma                           | <input type="checkbox"/> Rheuma            | <input type="checkbox"/> Blutdruck hoch/niedrig<br>(zutreffendes bitte unterstreichen) |

Für unsere Patientinnen:  Schwangerschaft? Wenn ja in welchem Monat?

Wurden Sie in den letzten zwei Jahren beim Zahnarzt geröntgt?  ja  nein

Ihr Hausarzt: \_\_\_\_\_

### Möchten Sie eine Beratung über:

- Individuelle Prophylaxe  Parodontal-Behandlung  Bleaching (Bleichen) von Zähnen?  
 Kieferorthopädie  Knirschen (Bruxismus)

### **Bestellsystem**

Um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen, behandeln wir nach verbindlich vorgemerkten Terminen. Erscheinen Sie deshalb bitte pünktlich zu dem für Sie reservierten Zeitpunkt - auch wir werden bemüht sein, diesen einzuhalten. Wir sind bestrebt, die Behandlungen ohne Zeitdruck durchzuführen. Sollten sich dennoch Verzögerungen ergeben, haben Sie bitte Verständnis dafür, daß sich der Zeitaufwand für zahnärztliche Behandlungen nur bedingt vorausplanen läßt.

### **Terminversäumnisse**

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Wir bitten Sie reservierte Termine, die aus gesundheitlichen oder beruflichen wie persönlichen Gründen nicht eingehalten werden können, rechtzeitig abzusagen. Bitte haben Sie Verständnis, wenn wir Ihnen für nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt werden, eine Rechnung in Höhe der Ausfallzeit, je angefangene Stunde, stellen werden.

### **Zur besonderen Beachtung**

Anästhesiemittel (Injektionen) können Ihre Fahrtüchtigkeit grundsätzlich beeinträchtigen. Bitte stellen Sie sich bei Ihren Behandlungsterminen darauf ein.

### **Prophylaxe - in aller Munde!**

Sie können in unserer Praxis ein individuelles Prophylaxeprogramm in Anspruch nehmen, abgestimmt auf Ihren Zahnzustand und der Kariesanfälligkeit. Diese Leistungen sind Privatleistungen und werden **nur zum Teil** von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Über die Kosten werden Sie entsprechend informiert.

Wünschen Sie darüber ausführlichere Informationen?  ja

### **Recall - das automatisierte Bestellsystem**

Nach dem „Recall- System“ (automatische Erinnerung) werden Sie von uns automatisch an Ihre nächste Terminvereinbarung erinnert. Erinnerung per  email  Post

In Abhängigkeit Ihres individuellen Behandlungsbedarfs wie z.B. Parodontosebehandlung, umfangreiche Sanierung, professionelle Zahnreinigung (PZR) aber auch bei erhöhter Kariesanfälligkeit wird dabei ein Zeitraum von 3 bis 12 Monaten gewählt.

**Wenn Sie diesen Service NICHT wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.**

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6 Abs. 1 Buchst. a), Art. 7 DSGVO:

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Behandlung durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

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

schon länger Patient/in  Internetrecherche  auf Empfehlung von \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

München, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_