



zahnärztin barbara maier

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns um Ihre Zahngesundheit kümmern, benötigen wir Angaben zu Ihrer Person als auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Erkrankungen aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Füllen Sie bitte deshalb diesen Fragebogen gewissenhaft aus. Alle gemachten Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHES

Name		Vorname		Geburtsdatum	
Straße/Hausnummer			PLZ/Ort		
Telefon privat		mobil		E-Mail	
Arbeitgeber (freiwillige Angabe)			Telefon geschäftlich (freiwillige Angabe)		

VERSICHERUNGSSTATUS

privat gesetzlich

Kasse

Standardtarif ja nein Zusatzversicherung ja nein

Sofern Patientin/Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch sind – bitte ergänzen.

Name		Vorname		Telefon privat/mobil	
Straße/Hausnummer			PLZ/Ort		
Wer ist Ihr Hausarzt?		Name		Ort	

GESUNDHEITSFRAGEN

Rauchen Sie?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Haben Sie Bluthochdruck?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Haben Sie niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z. B. Xarelto/ASS, Eliquis, Marcumar)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wenn ja, in welchem Monat? _____		Wenn ja, welche? _____	
Haben Sie eine Herzerkrankung (z. B. Endokarditis, Herzinfarkt, Herzfehler)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Haben Sie eine Allergie oder sind Nebenreaktionen auf Medikamente oder Schmerzmittel aufgetreten (z. B. Latex, Antibiotika, Lokalanästhetika, Metalle)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		Wenn ja, welche? _____	
Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Stents?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Haben Sie (eine) künstliche Herzklappe(n)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wenn ja, bitte vorlegen.	
Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung (Hämophilie, Von-Willebrand-Syndrom usw.)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Wenn ja, welche? _____			

	ja	nein
Haben Sie Magen-Darm-Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Sind Sie zuckerkrank (Diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie hoch ist Ihr Blutzuckerwert? _____ mg/dl		
Letzter gemessener HbA1c-Wert? _____ in %		
Haben Sie künstliche Gelenke, Implantate oder Transplantate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wo? _____ Seit wann? _____		
Leiden Sie unter einer Lebererkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, unter welcher? _____		
Leiden Sie unter einer Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, unter welcher? _____		
Leiden Sie unter einer Lungenerkrankung (z. B. Asthma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, unter welcher? _____		
Leiden Sie unter einer Nervenerkrankung (z. B. Multiple Sklerose, Epilepsie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, unter welcher? _____		
Leiden Sie unter einer chronischen Krankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, unter welcher? _____		

	ja	nein
Leiden Sie unter einer Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, unter welcher? _____		
Leiden Sie unter Rheuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter einer Immunsuppression?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, unter welcher? _____		
Leiden Sie unter Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird oder wurde bei Ihnen eine Therapie mit Bisphosphonaten oder anderen antiresorptiven Medikamenten durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, warum? _____		
Seit wann? _____ Welches Präparat? _____		
Leiden Sie unter einer infektiösen Erkrankung (z. B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, vCJK, MRSA, Tuberkulose, Hepatitis, HIV/AIDS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, unter welcher? _____		
Haben Sie Kopf-/Gesichtsschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter einer Krebserkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, unter welcher? _____		
Haben oder hatten Sie eine Chemo- bzw. Strahlentherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann? _____		

Bitte geben Sie ALLE Medikamente an, die Sie einnehmen:

Sollten Sie an einer Krankheit leiden, die hier nicht aufgeführt ist, bitten wir Sie, diese zu benennen:

Unterrichten Sie uns bitte unaufgefordert, sobald sich Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes ergeben.

HINWEIS ZUR VERKEHRSTÜCHTIGKEIT NACH ZAHNÄRZTLICHEN BEHANDLUNGSTERMINEN

Wir machen Sie hiermit darauf aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Std. beeinträchtigt sein kann, und zwar sowohl durch die Behandlung an sich als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht sowie alles sorgfältig gelesen und verstanden habe. Zudem verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ort, Datum

Unterschrift ggf. Erziehungsberechtigter

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

zur Weitergabe personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 DSGVO. Ich stimme hiermit der Weitergabe meiner Behandlungsdaten, Fotos und Röntgenbilder an das Praxislabor bzw. das zahnärztliche Labor, Nachbehandler sowie sonstige Dritte zu. Zu diesem Zwecke entbinde ich die Praxis Zahnärztin Barbara Maier im Einzelfall von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin darüber informiert worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann. Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der davor behandelten Daten (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort, Datum

Unterschrift ggf. Erziehungsberechtigter