

# PATIENTEN

## ANAMNESEBOGEN



Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns aber in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihrer Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Bitte füllen Sie unseren Fragebogen vollständig aus.

..... Nachname, Vorname	..... Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D ..... Geschlecht
..... Straße, Hausnummer	..... Geburtsort	
..... Postleitzahl, Wohnort	..... E-Mail-Adresse	
..... Telefon Privat	..... Telefon Alternative	
..... Verischerung / Krankenkasse	..... Beruf	
<input type="checkbox"/> Ich bin im PKV-Standardtarif versichert	<input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ich bin zusatzversichert
..... Hausarzt, Name, Adresse, Telefon		

**Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:**

..... Nachname, Vorname (Patient)	..... Geburtsdatum
..... Straße, Hausnummer	..... Postleitzahl, Wohnort

**Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:**

..... Datum	..... Unterschrift: Erziehungsberechtigter	→
----------------	---	---

Daniel Krutsch  
Schuchardstr. 1  
64283 Darmstadt

**T** 06151-21830  
**F** 06151-5990573  
**M** praxis@za-weisser-turm.de

Deutsche Apotheker- und Ärztebank  
**IBAN** DE57 3006 0601 0007 1667 53  
**BIC** DAAEDEDXXX

[za-weisser-turm.de](http://za-weisser-turm.de)

# PATIENTEN

## ANAMNESEBOGEN



Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

### Herz-Kreislauf-Erkrankungen

JA NEIN

- Hoher Blutdruck (Hypertonie)  JA  NEIN
- Herzklappenerkrankung / -defekt  JA  NEIN
- Herzerkrankung  JA  NEIN
- Herzschrittmacher  JA  NEIN
- Endokarditis-Prophylaxe  JA  NEIN
- Gerinnungshemmende Medikamente  JA  NEIN

### Medikamente

.....

.....

.....

.....

### Infektionserkrankungen

JA NEIN

- HIV  JA  NEIN
- Hepatitis A, B oder C  JA  NEIN
- Tuberkulose  JA  NEIN
- Andere: .....

### Medikamente

.....

.....

.....

### Allergien / Unverträglichkeiten

JA NEIN

- Lokalanästhetika  JA  NEIN
- Schmerzmittel  JA  NEIN
- Antibiotika  JA  NEIN
- Andere: .....

### Medikamente

.....

.....

.....

### Weitere Erkrankungen

JA NEIN

- Blutgerinnungsstörungen  JA  NEIN
- Asthma  JA  NEIN
- Lungenerkrankungen  JA  NEIN
- Schilddrüsenerkrankungen  JA  NEIN
- Rheuma  JA  NEIN
- Bisphosphonat-Therapie  JA  NEIN
- Epilepsie  JA  NEIN
- Tumorerkrankung  JA  NEIN
- Diabetes  JA  NEIN
- Nierenfunktionsstörungen  JA  NEIN
- Grüner Star  JA  NEIN
- Augeninnendruck erhöht (Glaukom)  JA  NEIN
- Kiefergelenksbeschwerden  JA  NEIN
- Andere: .....

### Medikamente

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



# PATIENTEN

## ANAMNESEBOGEN



Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

### Allgemeine Angaben

	JA	NEIN	
Drogenkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alkoholgenuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> regelmäßig
Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, <input type="checkbox"/> 0 - 10 <input type="checkbox"/> über 10 Zigaretten / Tag
Sonstige regelmäßige Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, seit wann / Name .....
Frühere Röntgenuntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, Datum / Körperteile .....
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welcher Monat .....

### Wünschen Sie eine gezielte Beratung?

Bleaching / Zahnaufhellung	<input type="checkbox"/>		Wurzelbehandlung	<input type="checkbox"/>
Gold- bzw. Keramikinlays	<input type="checkbox"/>		Prothetische Versorgung (Kronen, Brücken, etc.)	<input type="checkbox"/>
Professionelle Zahnreinigung	<input type="checkbox"/>		Parodontitisbehandlung	<input type="checkbox"/>
Amalgamaustausch / Alternativen	<input type="checkbox"/>		Veneers	<input type="checkbox"/>
Zahnimplantate	<input type="checkbox"/>		Mundgeruch	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

.....

### Wichtige Informationen

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift: Patient und Zahlungspflichtiger / Erziehungsberechtigter

Daniel Krutsch  
Schuchardstr. 1  
64283 Darmstadt

**T** 06151-21830  
**F** 06151-5990573  
**M** praxis@za-weisser-turm.de

Deutsche Apotheker- und Ärztebank  
**IBAN** DE57 3006 0601 0007 1667 53  
**BIC** DAAEDEDXXX

[za-weisser-turm.de](http://za-weisser-turm.de)