

Name:

Telefonnummer:

Adresse:

Liebe Patienten,

um uns bei der Behandlung besser auf sie einstellen zu können, benötigen wir von Ihnen einige Angaben zu Ihrer allgemeinen gesundheitlichen Verfassung.

Verschiedene Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Wir möchten Sie darum bitten, den folgenden **Anamnesebogen** sorgfältig auszufüllen.

Diese Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden Ihren Unterlagen beigelegt.

Vielen Dank, Ihre Zahnärztin!

Name des Hausarztes: .....

Ort: .....

**Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:**

**Ja / Nein**

**1. Allergien**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| - Medikamentenallergie (z.B. Penicillin) | 0 | 0 |
| wenn ja, welche: .....                   |   |   |
| - Heuschnupfen, Ekzeme                   | 0 | 0 |
| - Andere .....                           | 0 | 0 |

**2. Herz - Kreislaferkrankungen**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| - Erhöhter Blutdruck                       | 0 | 0 |
| - zu niedriger Blutdruck                   | 0 | 0 |
| - Koronare Herzkrankheit (Angina pectoris) | 0 | 0 |
| - Herzschwäche (Insuffizienz)              | 0 | 0 |
| - Herzrhythmusstörungen                    | 0 | 0 |
| - Herzinfarkt                              | 0 | 0 |
| - Herzklappenersatz                        | 0 | 0 |
| - Schlaganfall                             | 0 | 0 |
| - Andere .....                             | 0 | 0 |
| - <b>Haben Sie einen Herzpass?</b>         | 0 | 0 |

**3. Blut**

- |                                      |   |   |
|--------------------------------------|---|---|
| - Blutungsneigung /Gerinnungsstörung | 0 | 0 |
| - Blutarmut                          | 0 | 0 |
| - Gerinnungshemmende Medikamente?    | 0 | 0 |

**4. Rheumaartige Erkrankungen?**

- |             |   |   |
|-------------|---|---|
| Rheumapass? | 0 | 0 |
|-------------|---|---|

**5. Stoffwechselerkrankungen**

- |                                 |   |   |
|---------------------------------|---|---|
| - Diabetes mellitus (Typ 1 / 2) | 0 | 0 |
| - Schilddrüsenerkrankung        |   |   |
| - Unterfunktion                 | 0 | 0 |
| - Überfunktion                  | 0 | 0 |
| - Nierenerkrankung              | 0 | 0 |
| - Lebererkrankung               | 0 | 0 |
| - Andere .....                  | 0 | 0 |

**Bitte wenden!**

<b>Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:</b>	<b>Ja / Nein</b>	
<b>6. Lungenerkrankungen</b>		
- Asthma / Chronische Bronchitis	0	0
- Andere .....	0	0
<b>7. Infektionskrankheiten</b>		
- Tuberkulose	0	0
- Hepatitis ( A, B, C, D, E)	0	0
- HIV- Infektion	0	0
<b>8. Nervensystem</b>		
- Anfallsleiden	0	0
- Depressionen	0	0
<b>9. Andere Erkrankungen</b>	0	0
wenn ja, welche: .....		
.....		
<b>10. Nehmen Sie Medikamente ein?</b>	0	0
wenn ja, welche: .....		
.....		
<b>11. Besteht eine Schwangerschaft?</b>	0	0
<b>12. Haben Sie Angst vor der Behandlung?</b>	0	0
<b>13. Dürfen wir Sie an Ihren zahnärztlichen Kontrolltermin erinnern (Recallsystem)?</b>	0	0

Hiermit möchten wir Sie darauf aufmerksam machen, dass wir nach BGB§615 berechtigt sind, Ihnen eine Rechnung für nicht wahrgenommene Termine zu stellen. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie bitte mindestens 24 Stunden vorher ab!

Mehrschichtige Kompositfüllungen im Seitzahngebiet sind mit einer Zuzahlung, im Sinne einer Mehrkostenvereinbarung ( je nach Größe der Füllung), verbunden.

Wurzelkanalbehandlungen: Für die maschinelle Aufbereitung , die elektrometrische Längenmessung sowie die Wurzelkanalspülung ist eine Zuzahlung nach GOZ notwendig.

Datenschutz:

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

1. *Übermittlung an Dentallabor* (Schriftlicher Auftrag zur Erstellung von Zahnersatz, Schienen und kieferorthopädischen Behandlungsgeräten.)
2. *Recall-System* (Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch)
3. *Praxisinformationen* (Flyer mit Informationen über Praxisangebote) 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).

Datum, .....

Unterschrift .....