



## Anamnesebogen

Patient Herr / Frau Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Hauptversicherer Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Kontaktdaten E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Krankenkasse/  Kostenerstattung  Beihilfeberechtigt  
 Privatkrankenkasse \_\_\_\_\_  Private Zusatzversicherung  Senioren-Basistarif

Hausarzt \_\_\_\_\_ Rufnummer \_\_\_\_\_

### Allgemeine Situation

ja nein

Hoher Blutdruck

Niedriger Blutdruck

Herzinfarkt (ggf. wann) \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Bluterkrankungen  
o. Blutgerinnungsstörungen?

Nehmen Sie Medikamente zur  
künstlichen Blutverdünnung?

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

Tuberkulose (Tbc)

HIV  Hepatitis  A  B  C

Schilddrüsenerkrankung

Rheuma

Zuckerkrankheit (Diabetes)

Nierenfunktionsstörung

Lungenerkrankung

Epilepsie  Schlaganfall  Lähmungen

Asthma

Allergien \_\_\_\_\_

Unverträglichkeiten von Medikamenten:

Lokalanästhetika  Schmerzmittel

Antibiotika  andere: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßige Medikamente

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

Bestehen zurzeit andere Krankheiten

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

### Sonstige Fragen

ja nein

Tragen Sie Kontaktlinsen?

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

Woche \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol? Wie oft? \_\_\_\_\_

Sind oder waren Sie drogenabhängig?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?  
\_\_\_\_\_

### Zahn-Mund-Situation

ja nein

Knirschen Sie und/oder leiden Sie  
unter Kiefergelenksproblemen?

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?

Tragen Sie festsitzenden oder  
herausnehmbaren Zahnersatz?

Wenn ja, wie alt ist dieser (ca.) \_\_\_\_\_

Wann war die letzte zahnärztliche  
Röntgenuntersuchung? \_\_\_\_\_

Gefällt Ihnen Ihr Lächeln? Sind Sie mit der  
Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne zufrieden?

Haben Sie regelmäßig 1 x im Jahr die  
zahnärztliche Untersuchung für Ihr  
Bonusheft durchführen lassen?

seit 10 Jahren  seit 5 Jahren

Wünschen Sie eine regelmäßige Zahnreinigung?

1/2 jährlich  1 x im Jahr

Weitere Informationen finden Sie auf der Rückseite!



## Herzlich Willkommen

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Um diese einzuhalten, benötigen wir Ihre Mithilfe. Bitte sagen Sie Ihren Termin spätestens 24 Stunden vorher ab, damit wir diese Lücke wieder besetzen können. Wir führen Terminwartelisten, die Sie bei Bedarf auch gerne nutzen können. Bitte sprechen Sie uns an.

### Hinweis für sozialversicherte Patienten:

Laut Kassenvertrag soll bei Nichtvorlage der Krankenversichertenkarte eine Privatabrechnung erfolgen, wenn die Karte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungstermin beigebracht wird. Bitte vermeiden Sie diese Maßnahme!

### Hinweis für privatversicherte und beihilfeberechtigte Patienten:

Die Rechnungsstellung erfolgt gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte / Ärzte. Erstattungseinschränkungen gemäß den Bestimmungen Ihres Versicherungstarifes oder restriktiver Beihilfeverordnungen können bei der Rechnungslegung nicht berücksichtigt werden. Material- u. Laborkosten werden gemäß GOZ § 9 nach tatsächlichem Aufwand berechnet.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB. sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Der Speicherung meiner Daten stimme ich zu.

Ich entbinde im Falle einer Weiter- bzw. Mitbehandlung anderer Zahnärzte / Ärzte Frau Dr. Freund-Schenk und Herrn Dr. Morgenstern von der Schweigepflicht und erkläre mich einverstanden, dass meine zahnärztlichen Behandlungsunterlagen (Behandlungsblätter, Röntgenbilder, Modelle, usw.) sowie weitere Auskünfte über die betreffende Behandlung auf Anforderung an weiter- bzw. mitbehandelnde Zahnärzte / Ärzte übersandt werden.

Ich verpflichte mich, rechtzeitig Änderungen meiner Adresse und sonstiger Personalien sowie meines Gesundheitszustandes mitzuteilen.

Datum und Unterschrift Patient / gesetzl. Vertreter \_\_\_\_\_

## Recall

Ich möchte den „Recall-Service“ Ihrer Praxis in Anspruch nehmen.

Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen an einen Untersuchungstermin per  Brief  E-Mail

Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

Datum und Unterschrift Patient / gesetzl. Vertreter \_\_\_\_\_