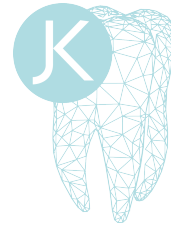


# Anamnesebogen



PRAXIS

Dr. med. dent. Kreller  
Dr. med. dent. Joos

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis!

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen aus, damit wir Sie nach Ihren Wünschen und in Übereinstimmung mit Ihrem Gesundheitszustand behandeln können. Wir hoffen auf Ihr Verständnis, dass wir diesen Fragebogen regelmäßig aktualisieren. Dies geschieht in unserem gemeinsamen Interesse. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben auf das Strengste der ärztlichen Schweigepflicht nach §203 STGB und Ihre personenbezogenen Daten werden nach Vorgaben des Bundesdatenschutzes behandelt.

Bei Unklarheiten zögern Sie bitte nicht uns anzusprechen.

## Persönliche Daten

Name	Beruf
Vorname	Geburtstag
Straße	Telefon
PLZ/Ort	E-Mail

## Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Freunde/ Bekannte/ Verwandte

Wer? \_\_\_\_\_

Internet: Google, Facebook

Jameda

Doctolib

## Haben Sie Angst vor dem Zahnarztbesuch?

Nein, überhaupt nicht

Ich bin sehr nervös

Ich bin ein wenig nervös

Ich habe große Angst



### Ihr Versicherungsstatus:

Gesetzliche Krankenversicherung

Private Krankenversicherung

Name: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass ich nicht im Basis-, Standard- oder Studententarif der :privaten Krankenversicherung versichert bin.

### Allgemeinmedizinische Anamnese

(Bitte zutreffendes ankreuzen ☒)

Name & Adresse Ihres Hausarztes:

\_\_\_\_\_

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Nein

Ja

Wenn ja, bei welchem Arzt?

\_\_\_\_\_

### Infektionserkrankungen:

HIV/ AIDS

Nein

Ja

Hepatitis A, B oder C

Nein

Ja

Tuberkulose

Nein

Ja

### Allergien/ Unverträglichkeiten (Latex, Farbstoffe etc.):

\_\_\_\_\_



## Haben Sie ... wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie dagegen?:

- **Herz – Kreislaufstörungen bzw. -erkrankungen**  Nein  Ja  
Medikamente: \_\_\_\_\_
- **Blutgerinnungsstörungen (z. B. Aspirin, Marcumar)**  Nein  Ja  
Medikamente: \_\_\_\_\_
- **Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma bronchiale/  
allergisches Asthma, COPD)**  Nein  Ja  
Medikamente: \_\_\_\_\_
- **Osteoporose (Bisphosphonate als Tabletten oder halbjährliche  
Injektion)**  Nein  Ja  
Medikamente: \_\_\_\_\_
- **Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus I/ II)**  Nein  Ja  
Medikamente: \_\_\_\_\_
- **Schilddrüsenerkrankungen**  Nein  Ja  
Medikamente: \_\_\_\_\_
- **Rheuma**  Nein  Ja  
Medikamente: \_\_\_\_\_
- **Epilepsie**  Nein  Ja  
Medikamente: \_\_\_\_\_
- **Nierenfunktionsstörungen**  Nein  Ja  
Medikamente: \_\_\_\_\_
- **Tumorerkrankungen**  Nein  Ja  
Medikamente: \_\_\_\_\_
- **Ohnmachtsneigung**  Nein  Ja  
Medikamente: \_\_\_\_\_
- **Andere Erkrankungen**  Nein  Ja  
\_\_\_\_\_

## Allgemeine Angaben:

- **Rauchen Sie?**  Nein  Ja  
Wenn ja, wie viele Zigaretten/ tgl.: \_\_\_\_\_
- **Sind Sie schwanger?**  Nein  Ja  
Wenn ja, welcher Monat: \_\_\_\_\_



## Zahnmedizinische Anamnese

(Bitte zutreffendes ankreuzen ☒)

Hatten Sie schon ungewöhnliche Reaktionen auf eine zahnärztliche Spritze?

- Nein       Ja

Haben Sie Probleme mit Ihrem Zahnfleisch (Bluten, Rückgang, Brennen)?

- Nein       Ja

Beobachten Sie Zahnlockerungen?

- Nein       Ja

Haben Sie überempfindliche Zähne (z. B. bzgl. Kälte, Süßem)?

- Nein       Ja

Beißen sich Speisereste zwischen den Zähnen ein?

- Nein       Ja

Haben Sie häufig einen schlechten Geschmack im Mund oder Mundgeruch?

- Nein       Ja

Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine Parodontitis Behandlung durchgeführt?

- Nein       Ja

Hatten Sie einen Unfall mit Verletzungen im Kopf- oder Halsbereich?

- Nein       Ja

Haben Sie Schmerzen oder Probleme bei der Mundöffnung oder beim Kauen?

- Nein       Ja

Knirschen Sie mit den Zähnen oder pressen Sie stark aufeinander?

- Nein       Ja

Reiben, knacken oder klemmen bei Bewegungen die Kiefergelenke?

- Nein       Ja

Wurden Ihre Zähne innerhalb des vergangenen Jahres geröntgt?

- Nein       Ja



Sind sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden?

- Ja       Nein

Würden Sie gerne etwas an der Ästhetik Ihren Zähnen verändern lassen?

- Ja       Nein

Wenn ja, was? \_\_\_\_\_

Sollen wir Sie an Ihre regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen und an die Termine für Ihre professionelle Zahnreinigung erinnern?

- Ja       Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle Angaben nach meinem aktuellen Wissensstand beantwortet habe.



**Datum**

**Unterschrift Patient/-in**

**Unterschrift Arzt/ Ärztin**

Sollten Sie einen Termin absagen müssen, dann vergeben wir diesen gerne an andere Patienten, die dringend auf einen warten. Dies ist jedoch nur dann möglich, wenn Sie

**rechtzeitig telefonisch, per e-mail oder über Doctolib**  
absagen, d. h. **24 Stunden vor Ihrem Termin.**

Wir weisen Sie daher höflich darauf hin, dass wir Ihnen im Falle einer **Nichtabsage** oder **verspäteter Absage** gem. §§ 304, 683 BGB einen Aufwendungsersatz **bis zu 85,00 Euro/ halbe Stunde** zzgl. Porto in Rechnung stellen können.

Dieser Mehraufwendungsersatzanspruch fällt grundsätzlich, unabhängig von den Umständen des Versäumens an. Es handelt sich nicht um einen Schadenersatzanspruch, sondern um einen Kostenerstattungsanspruch. Für diesen Fall möchten wir mit Ihnen eine übliche, bewährte und juristisch bereits vielfach bestätigte Regelung vereinbaren, da eine Terminvereinbarung mit Zeitbindung einer beiderseitigen vertraglichen Vereinbarung entspricht. Die Einverständniserklärung dazu gehört zu dieser Vereinbarung.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Ich stimme den oben genannten Vereinbarungen mit meiner Unterschrift zu.



\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Patient/-in**