

## ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns intensiv mit Ihnen und Ihren Wünschen auseinandersetzen, bitten wir Sie, unseren Anamnesebogen vollständig auszufüllen. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der folgenden Fragen, insbesondere zu Ihrem Gesundheitszustand erforderlich. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Persönliche Angaben

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geburtstag:** \_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Versicherung: \_\_\_\_\_ gesetzlich privat  
 Besteht eine Zahnzusatzversicherung? \_\_\_\_\_  
 Behandelnder Hausarzt: \_\_\_\_\_

### Fragen zu Ihrem Besuch bei uns

Grund Ihres Besuchs in unserer Praxis: \_\_\_\_\_

#### Ich wünsche eine Beratung über...

Ästhetische Zahnheilkunde  
 Angstfreie Behandlung / Lachgas  
 Implantate  
 Laserbehandlung

Prophylaxe  
 Knochenaufbau  
 Parodontalbehandlung  
 Sonstige

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

### Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand

Herz-/Kreislaufkrankung: \_\_\_\_\_  
 Magen-/Darmerkrankung: \_\_\_\_\_  
 Nierenerkrankung  
 Schilddrüsenerkrankung  
 Überfunktion  
 Unterfunktion  
 Tumorerkrankung: \_\_\_\_\_  
 Lungenerkrankung: \_\_\_\_\_  
 Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose)

Diabetes: \_\_\_\_\_  
 Augenerkrankung: \_\_\_\_\_  
 Epilepsie  
 Osteoporose  
 Rheuma  
 Blutgerinnungsstörung: \_\_\_\_\_  
 Sonstige Erkrankungen

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

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

**Bitte wenden**



Bitte kreuzen Sie zutreffendes an

Haben Sie Allergien?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Reagieren Sie empfindlich auf Medikamente?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger?  
Wenn ja, welche Woche? \_\_\_\_\_  
Sind Sie Raucher/in?  
Wenn ja, wieviele täglich? \_\_\_\_\_  
Leiden Sie an Kopfschmerzen, Migräne, Tinnitus?  
Wenn ja, an was? \_\_\_\_\_

### Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

---

\_\_\_\_\_  
Internetsuche  
Internetpräsenz

Persönliche Empfehlung  
Zeitungsanzeige  
Lage der Praxis  
Soziale Medien (z.B. Facebook)

### Terminerinnerung

---

Die Grundlage für strahlende und gesunde Zähne ist die Vorsorge bei Ihrem Zahnarzt. Gern erinnern wir Sie an Ihren halbjährigen Vorsorgetermin.

Ja, bitte erinnern Sie mich daran einen Termin zu vereinbaren.  
Ich bin damit einverstanden, dass meine Mobilfunknummer zur Terminerinnerung per SMS an die Praxisverwaltungs Software weitergeleitet wird.

Ihr Termin wird ausschließlich für Sie reserviert. Falls Sie Ihren Wunschtermin nicht wahrnehmen können, ist die Absage bis spätestens 24 Stunden vorher erforderlich. Bei verspäteter Terminabsage / Nichterscheinen kann eine Vergütung entsprechend der geplanten Behandlung gemäß §615 BGB berechnet werden.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben. Falls Änderungen eintreten, sind diese zu melden.

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht erreicht, ist die Einverständniserklärung eines Erziehungsberechtigten notwendig, sofern es sich nicht um eine akute Schmerzbehandlung handelt.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

### Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

---

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 DSGVO vom 25.05.2018

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die Verarbeitung im Behandlungsverlauf 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).

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten