

# Anamnesebogen

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Tel. privat \*                      geschäftlich \*

\_\_\_\_\_  
Handynummer \*

\_\_\_\_\_  
Beruf / Arbeitgeber \*

\_\_\_\_\_  
Unsere Praxis wurde Ihnen empfohlen von \*

\_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse

als Familien-Angehöriger mitversichert

Pflichtmitglied

Freiwilliges Mitglied

Rentner

Versichertes Mitglied:

\_\_\_\_\_  
Name    Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber

Zahn-Zusatzversicherung \*

Privat versichert

Nicht versichert

Beihilfeberechtigt (Bund, Land, Stadt o.ä.)

Für die Behandlung beim Zahnarzt können eventuell vorhandene oder durchgemachte Allgemein-Erkrankungen von Bedeutung sein. Bitte beantworten Sie deshalb zu Ihrer eigenen Sicherheit die nachfolgenden Fragen:

**Name, Anschrift und Telefon Ihres Hausarztes**

**Sind Sie in fortlaufender ärztlicher Behandlung?**

**Nehmen Sie laufend Medikamente ein? Wenn ja, welche?**

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Beschwerden bzw. Erkrankungen?**

	Ja	nein		Ja	nein
Allergie/Allergiepass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentenüberempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes (Zucker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK/vCJK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen /Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiefergelenksbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie Bisphosphonate ein oder haben Sie eingenommen? (z.B. Fosamax, Zometa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Multiresistente Keime (z.B.MRSA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Organtransplantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen/Blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar, Xarelto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mukoviszidose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokarditisprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immundefekte / Immunsuppressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche Woche? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Medikation und Ihres Gesundheitszustandes mit!  
Falls vorhanden, bringen Sie bitte die aktuelle Medikationsliste und den Allergiepass mit.**

**Wann wurden die letzten Röntgenaufnahmen von Zähnen und Kiefer gemacht? \***

---

**Gehen Sie regelmäßig zur Professionellen Zahnreinigung? Haben Sie Interesse daran? \***

---

**Haben Sie besondere ästhetische Wünsche? (Zahnfehlstellungen, Füllungen, Aufhellung, Veneers, Keramikronen) \***

---

Falls Sie, während der Behandlung zur Schmerzausschaltung eine Injektion erhalten, ist Ihre Verkehrstüchtigkeit für mehrere Stunden eingeschränkt. Wir bitten Sie, dies zu beachten.

Wir führen eine Bestellpraxis. Dies bedeutet, dass wir für Ihre Behandlung eine gewisse Zeitspanne freihalten und Sie sich unbedingt an die vereinbarten Termine halten müssen. Falls Sie einen Termin nicht einhalten können, teilen Sie es uns bitte mind. 24 Stunden zuvor mit.

Erfolgt die Absage nicht rechtzeitig, bitten wir um Verständnis, dass wir die Kosten für die geplante, aber nicht durchgeführte Behandlung in Rechnung stellen müssen (entspr. BGB §615).

---

## **Einverständniserklärung zur Einsicht in die Patientenakte**

Ich gestatte dem Praxisinhaber Dr. Daniel Rein und seinen Angestellten die Einsicht in meine Patientenakte auch für den Zeitraum vor dem 01.01.2016.

Ich bin damit einverstanden durch die Praxis Dr. Rein telefonisch, per Post, E-Mail (unverschlüsselt) oder SMS (unverschlüsselt) kontaktiert zu werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\* freiwillige Angaben