

## ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Probleme und Wünsche persönlich unterhalten können, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand (Rückseite des Blattes). Dies ist wichtig, um mögliche Risiken zu erkennen und damit angemessen umzugehen. Wir bitten Sie, den Erhebungsbogen gewissenhaft und vollständig auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### FRAGEN ZUM PATIENTEN

**Frau / Herr**

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

**Anschrift**

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

**Kontakt**

Mobiltelefonnummer

Festnetznummer

E-Mail-Adresse

**Arbeitgeber**

(freiwillige Angabe)

Name

Telefon dienstlich

Beruf

**Hausarzt**

(falls vorhanden)

Nachname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

### FRAGEN ZUR VERSICHERUNG

**Versicherung**

Name der Versicherung/Krankenkasse

☐ gesetzlich versichert

☐ privat versichert

☐ zahnzusatzversichert

☐ Beihilfe

in den Bereichen:

☐ Basistarif

☐ Füllungen

☐ KVB (Bundesbahn)

☐ Prophylaxe

☐ Postbeamtenkrankenkasse

☐ Zahnersatz

☐ Polizei

☐ Kieferorthopädie

☐ Knappschaft

Falls der Patient familienversichert ist, wer ist der Hauptversicherte?

**Versicherter**

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

**Anschrift**

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Bitte  
wenden!

## FRAGEN ZUR ALLGEMEINEN GESUNDHEIT

### Herzerkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz) ☐ JA ☐ NEIN  
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) ☐ ☐  
Herzasthma, Angina pectoris ☐ ☐  
Herzinnenhautentzündung (Endokarditis) ☐ ☐  
Herzschrittmacher ☐ ☐  
Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe ☐ ☐  
Zustand nach Herzinfarkt, Herz-OP, Bypass ☐ ☐  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  
Sonstige: \_\_\_\_\_

### Erkrankungen Kreislauf und Gefäßsystem

Zu hoher Blutdruck ☐ JA ☐ NEIN  
Zu niedriger Blutdruck ☐ ☐  
Ohnmachtsanfälle/Ohnmachtsneigung ☐ ☐  
Schlaganfall ☐ ☐  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  
Sonstige: \_\_\_\_\_

### Stoffwechselerkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes) ☐ JA ☐ NEIN  
Magen-Darm-Erkrankungen ☐ ☐  
Schilddrüsenerkrankungen ☐ ☐  
Sonstige: \_\_\_\_\_

### Erkrankungen des Nervensystems

Epilepsie ☐ JA ☐ NEIN  
Krämpfe ☐ ☐  
Sonstige: \_\_\_\_\_

### Bluterkrankungen

Blutungsneigung (Hämophilie) ☐ JA ☐ NEIN  
Blutarmut (Anämie) ☐ ☐  
Sonstige: \_\_\_\_\_

### Tumorerkrankungen

Wenn ja, welche? ☐ JA ☐ NEIN

### Infektionskrankheiten

Leberentzündung (Hepatitis) ☐ JA ☐ NEIN  
Wenn ja, welcher Typ? \_\_\_\_\_  
Tuberkulose ☐ ☐  
HIV ☐ ☐  
MRSA ☐ ☐  
Chronische Atemwegserkrankung ☐ ☐  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Sonstige: \_\_\_\_\_

### Sonstige Erkrankungen oder Infektionen?

Wenn ja, welche? ☐ JA ☐ NEIN

### Allergien (Unverträglichkeit, Überempfindlichkeit)

Allergie gegen Antibiotika/Penicillin ☐ JA ☐ NEIN  
Allergie gegen andere Medikamente oder Stoffe (z. B. Latex, Metalle etc.) ☐ ☐  
Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_  
(Bitte legen Sie Ihren Allergiepass vor!)

### Einnahme von Medikamenten

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? ☐ JA ☐ NEIN  
Wenn ja, welche?  
• Blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar, Heparin) \_\_\_\_\_  
• Bisphosphonate \_\_\_\_\_  
• Antidepressiva \_\_\_\_\_  
• Herzmedikamente \_\_\_\_\_  
Sonstige Medikamente: \_\_\_\_\_

### Drogenkonsum

Rauchen Sie? ☐ JA ☐ NEIN  
Besteht eine Alkoholabhängigkeit? ☐ ☐  
Besteht eine andere Drogenabhängigkeit? (auch Aufputschmittel, Schlafmittel) ☐ ☐

### Patientinnen: Sind Sie schwanger?

Wenn ja, welche Woche? ☐ JA ☐ NEIN

## FRAGEN ZUR MUNDGESUNDHEIT

Wann wurden Sie zuletzt im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? Vor ca. \_\_\_\_\_ Monaten, bei Zahnarzt / Arzt:

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? ☐ JA ☐ NEIN  
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Zahnfleischbluten? ☐ ☐  
Leiden Sie unter Mundgeruch? ☐ ☐

Name Arzt / Arztpraxis \_\_\_\_\_

Ort der Praxis \_\_\_\_\_

Wie möchten Sie von uns rechtzeitig an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden?  
☐ per Postkarte ☐ per E-Mail ☐ per SMS

## WICHTIGE HINWEISE

**Behandlungstermine:** Wir sind sehr bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Bedenken Sie jedoch, dass auch unangemeldete Schmerzpatienten ein Recht auf Behandlung haben und es dadurch im Einzelfall zu leichten Verzögerungen kommen kann. Können Sie einen vereinbarten Termin einmal nicht wahrnehmen, dann bitten wir Sie, diesen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir sind persönlich, telefonisch, per Fax und per E-Mail erreichbar. An Patienten, die ihre Termine mehrfach ohne Ankündigung versäumen, kann leider kein fester Termin mehr vergeben werden.

**Gesundheitskarte der gesetzlich Versicherten:** Die Vorlage Ihrer Gesundheitskarte ist bei jedem Besuch zwingend erforderlich. Wir behalten uns vor, Patienten nicht zu behandeln, wenn diese ihre Gesundheitskarte nicht vorlegen.

**Fahrtauglichkeit:** Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Ihre Fahrtauglichkeit nach lokaler Betäubung eingeschränkt sein kann.

**Mitteilung von Änderungen:** Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer persönlichen Daten oder Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mit.

**Ich bestätige, dass ich den Anamnesebogen gelesen und alle Fragen verstanden habe. Ich versichere, die Angaben auf diesem Bogen vollständig und inhaltlich richtig gemacht zu haben. Die wichtigen Hinweise am Ende des Bogens habe ich zur Kenntnis genommen.**

Für den Fall, dass Sie bereits Patient/in in der Praxis Dr. Specht/Dr. Sarich waren: Ich willige ein, dass meine dort gespeicherten, personenbezogenen Daten von der Nachfolgepraxis Omar Hmedi übernommen und bis zu meinem Widerruf verarbeitet werden dürfen (ausführliche Informationen zum Datenschutz und zu Ihren Rechten finden Sie in unserem Datenschutzblatt).

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient (bzw. gesetzlicher Vertreter) und Hauptversicherter (falls abweichend) \_\_\_\_\_