

## 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 beigefügt. 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
- zahnzusatzversichert in den Bereichen:
  - Füllungen
  - Prophylaxe
  - Zahnersatz
  - Kieferorthopädie

- privat versichert
- Beihilfe
- Basistarif
- KVB (Bundesbahn)
- Postbeamtenkrankenkasse
- Polizei
- 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)    
 Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)    
 Herzasthma, Angina pectoris    
 Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)    
 Herzschrittmacher    
 Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe    
 Zustand nach Herzinfarkt, Herz-OP, Bypass    
 Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

JA NEIN

### Infektionskrankheiten

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

JA NEIN

### Erkrankungen Kreislauf und Gefäßsystem

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

JA NEIN

### Sonstige Erkrankungen oder Infektionen?

- JA NEIN  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Allergien (Unverträglichkeit, Überempfindlichkeit)

- JA NEIN  
 Allergie gegen Antibiotika/Penicillin    
 Allergie gegen andere Medikamente oder Stoffe (z. B. Latex, Metalle etc.)    
 Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_

(Bitte legen Sie Ihren Allergiepass vor!)

### Stoffwechselerkrankungen

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

JA NEIN

### Einnahme von Medikamenten

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

JA NEIN

### Erkrankungen des Nervensystems

- Epilepsie    
 Krämpfe    
 Sonstige: \_\_\_\_\_

JA NEIN

### Drogenkonsum

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

### Tumorerkrankungen

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

JA NEIN

### Patientinnen: Sind Sie schwanger?

- JA NEIN  
 Wenn ja, welche Woche? \_\_\_\_\_

## FRAGEN ZUR MUNDGESUNDHEIT

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

Name Arzt / Arztpraxis

Ort der Praxis

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

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)