

## Anamnesebogen Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre Wünsche und Beschwerden unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien im Interesse einer komplikationslosen Behandlung und zu ihrem eigenen Schutz folgenden Angaben, die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

**Bitte füllen Sie beide Seiten aus.** Vielen Dank!

Krankenkasse: ..... Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja ( ) nein ( )  
Vor- und Nachname ..... geb. am.: .....  
mitversichert bei: ..... geb. am.: .....  
Straße / PLZ / Wohnort: .....  
Telefonnr. privat: ..... Handynummer: .....  
Telefonnr. berufl.: ..... E-Mail Adresse:.....  
Beruf: ..... Arbeitgeber: .....  
vorheriger Zahnarzt: ..... Hausarzt: .....  
Wie sind Sie auf uns gekommen? .....

### Allgemein:

Nehmen Sie Medikamente ein? nein ( ) ja ( )  
Wenn ja, welche?.....  
.....  
Wann wurden Sie zuletzt im Kieferbereich geröntgt? .....  
Existieren Allergien / Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder andere Stoffe? nein ( ) ja ( ), gegen:  
.....  
Sind Sie schwanger? nein ( ) ja ( ), welche Schwangerschaftswoche?: .....  
voraussichtlicher Entbindungstermin:.....

**Nächste Seite !**

Rauchen Sie?                                nein ( )                ja ( )

Wie viel rauchen Sie ca.? .....

Trinken Sie Alkohol?                    nein ( )                selten ( )                oft ( )                regelmäßig ( )

Nehmen Sie Drogen?                    nein ( )                selten ( )                oft ( )                regelmäßig ( )

Nehmen oder nahmen sie Bisphosphonate?                nein ( )                ja ( )

Hatten Sie Operationen?                nein ( )                ja ( ), welche?.....

.....

**Haben Sie Erkrankungen?**

Hoher Blutdruck	nein ( ) ja ( )	Herzschrittmacher	nein ( ) ja ( )
Niedriger Blutdruck	nein ( ) ja ( )	Diabetes	nein ( ) ja ( )
HIV, Aids	nein ( ) ja ( )	Tuberkulose	nein ( ) ja ( )
Herzerkrankung	nein ( ) ja ( )		
Nierenfunktionsstörung	nein ( ) ja ( )		
andere Infektionskrankheiten	nein ( ) ja ( ), welche? .....		
Hepatitis A, B oder C	nein ( ) ja ( ), welche? .....		
Magen- / Darmerkrankung	nein ( ) ja ( )		
grüner Star / Augenerkrankung	nein ( ) ja ( )		
Ohnmachtsneigung	nein ( ) ja ( )	Blutgerinnungsstörungen	nein ( ) ja ( )
Parkinson	nein ( ) ja ( )	Asthma	nein ( ) ja ( )
Lungenerkrankung	nein ( ) ja ( )	Rheuma	nein ( ) ja ( )
Schilddrüsenerkrankung	nein ( ) ja ( )	Epilepsie	nein ( ) ja ( )

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben!

Sollten Sie mal einen **Termin nicht wahrnehmen**, ohne uns darüber rechtzeitig, d.h. **mindestens 48 Stunden** vor dem vereinbarten Termin, zu informieren, können dadurch erhebliche finanzielle Einbußen durch Ausfallzeiten unseres Praxisteams entstehen. Dies gilt insbesondere dann, wenn in die für Sie vorgesehene Behandlungszeit keine anderen Patienten behandelt werden können.

Für diesen Fall wird Ihnen daher ein **Ausfallhonorar** in Höhe von 50,00€ für die erste vereinbarte Stunde in Rechnung gestellt werden. Des Weiteren wird Ihnen für jede zusätzliche vereinbarte Stunde 35,00€ zuzüglich in Rechnung gestellt.

Datum: .....

Unterschrift: .....