

# Anamnese

Praxis Gabriele Böttinger &  
Lena Hirschmann



Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Zahnarztpraxis Hainbach

## Patient/-in

Herr/Frau/Kind Name Vorname geb.

Mitglied Name Vorname geb.

Anschrift Straße/Hausnr. E-Mail Geburtsort

PLZ/Ort Telefonnr. Handynummer

## Krankenkasse

oder Versicherung Name Mitgliedsnummer

pflichtversichert  freiwillig versichert  privat versichert

Zusatzversicherung  Basistarif a/b

Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung  Telefonbuch  Internet

im Vorbeigehen  sonstiges

Was ist der Grund Ihres Besuches?

Vorsorge  Beratung  Schmerzbehandlung

neuer Zahnersatz  zweite Meinung  sonstiges

bitte Rückseite beachten

1. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

a)	ja	nein	ja	nein	ja	nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/>

# Anamnese

Praxis Gabriele Böttinger &  
Lena Hirschmann



- |                            |                          |                          |                  |                          |                          |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|
| Rheuma                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | MRSA             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Creutzfeldt-Jakob          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |                          |                          |
| Osteoporose                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leberkrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankungen          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| TBC                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis A/B/C  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| nehmen Sie Bisphosphonate? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HIV-Infektion              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epilepsie        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ihr Hausarzt:

Name	Anschrift		Telefonnummer
b) Bestehende Allergien?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche? _____
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c) Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlaganfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lähmungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie blutverdünnende Mittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche? _____
d) Blutdruck	<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> hoch
2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche? _____
4. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Bestehen Suchtkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Besteht eine Schwangerschaft? wenn ja, wievielte Woche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ungewiss
Zu Ihrer Mundgesundheit	ja	nein	ja      nein
Knirschen oder Pressen Sie mit Ihren Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	leiden Sie unter Mundgeruch? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gehen sie regelm. zur Zahnreinigung? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Blutung beim Putzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnfleischrückgang? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Wir bitten Sie höflichst darum Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, damit wir diese an andere Patienten vergeben können und somit Wartezeiten zu verhindern.

# Anamnese

Praxis Gabriele Böttinger &  
Lena Hirschmann



Kommt es jedoch zu vermehrten versäumten Terminen ohne Absage, behalten wir es uns vor eine Ausfallgebühr abhängig von der Termindauer in Rechnung zu stellen.

Möchten Sie telefonisch an Ihren Termin erinnert werden?  Ja  nein

Möchten Sie halbjährlich an Ihre Vorsorge erinnert werden?  Ja  nein

Die „Informationen personenbezogener Daten“ sind im Wartezimmer ausgehängt.  
Unseren Datenschutzbeauftragten können Sie unter der E-Mailadresse: [datenschutz@zahnarztpraxis-am-hainbach.de](mailto:datenschutz@zahnarztpraxis-am-hainbach.de) kontaktieren.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe

---

Ort, Datum

Unterschrift