

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

bevor wir uns Ihrer Behandlung widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Füllen Sie bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Die schriftliche Beantwortung der Gesundheitsfragen bzw. das Ausfüllen des Anamnesebogens sind freiwillig, die generelle Beantwortung der Gesundheitsfragen jedoch nicht. Sollten Sie das Ausfüllen des Erfassungsbogens nicht wünschen, werden wir Sie trotzdem behandeln, sofern Sie uns in einem persönlichen Gespräch alle Gesundheitsfragen dieses Bogens beantworten. Die Erfassung folgt dann durch uns in Ihrer Patientenakte. Eine Behandlung ohne vorherige Beantwortung aller Gesundheitsfragen ist in unserer Praxis leider nicht möglich. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

**Patient/in:**

Name: ..... Vorname: ..... geb. am: .....

Straße: ..... Nr.: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Telefonnummer: ..... Handy \*: .....

E-Mail \*: .....

Krankenkasse: .....

**Versicherungsnehmer/in:**

Name: ..... Vorname: ..... geb. am: .....

**Bitte ausfüllen bzw. zutreffendes ankreuzen!**

1. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja  Nein

Wenn ja, welche oder haben Sie eine **Medikamentenliste**?

.....  
.....  
.....

2. Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen  Ja  Nein

(z.B. Marcumar, ASS, Eliquis, Pradaxa)?

Wenn ja, welche? .....

3. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?  Ja  Nein  
 Wenn ja, welche? .....  
 .....
4. Besitzen Sie einen Allergiepass?  Ja  Nein
5. Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?  Ja  Nein  
 Wenn ja, welche? .....  
 .....
6. Haben Sie eine
- Penicillin-Allergie?
  - Jod-Allergie?
  - Latex-Allergie?
7. Rauchen Sie?  Ja  Nein
8. Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen oder Knochenmetastasen, wie zum Beispiel Osteoporose (sog. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?  Ja  Nein
9. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?  Ja  Nein
- Zustand nach Infarkt
  - Herzinsuffizienz
  - Verengung der Herzkranzgefäße
  - Rhythmusstörungen
  - Bypassoperation
  - Herzklappenersatz
  - Herzschrittmacher
  - Endokarditis
10. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Kreislaufs?  Ja  Nein
- Angina pectoris
  - niedriger Blutdruck
  - Bluthochdruck
  - Durchblutungsstörungen
  - Schlaganfall
11. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung der Atemwege/Lunge?  Ja  Nein
- Asthma
  - Bronchitis
12. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Stoffwechsels?  Ja  Nein
- Diabetes
  - Schilddrüsenüberfunktion
  - Schilddrüsenunterfunktion

13. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung der Blase/Niere?  Ja  Nein

- Nierenerkrankung  Dialyse

14. Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Creutzfeld-Jakob-Krankheit | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankung  |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie                  | <input type="checkbox"/> Rheuma            |
| <input type="checkbox"/> Grüner- / Grauer Star      | <input type="checkbox"/> Osteoporose       |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis                  | <input type="checkbox"/> Tuberkulose       |
| <input type="checkbox"/> HIV                        | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> MRSA                       |  |

15. Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich?  Ja  Nein

16. Wann sind Sie das letzte Mal im Kopf-/Kieferbereich geröntgt worden?

.....

17. Nehmen Sie regelmäßig Drogen oder Alkohol zu sich?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? .....

18. Traten bei Ihnen bei einer zahnärztlichen Behandlung Komplikationen auf?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? .....

19. Gibt es einen bestimmten Grund, warum Sie uns aufsuchen  
(Routinekontrolle, Beschwerden, ästhetische Wünsche, Zweitmeinung)?

.....

20. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

.....

21. **Bei Frauen:**

Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

Wenn ja, in welchem Monat? .....

Wir bitten um Mitteilung, falls während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung bzw. nach einer Lokalanästhesie und/oder Medikamentengaben eingeschränkt sein kann und bitten Sie uns diese Aufklärung durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten / gesetzlicher Vertreter

### **Datenschutz / Verarbeitung von personenbezogenen Daten**

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)). Eine Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten hängt im Wartezimmer zur Einsichtnahme aus. Bitte bestätigen Sie uns die Kenntnisnahme der Informationen durch Ihre Unterschrift.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten / gesetzlicher Vertreter

**Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Kontrolle erinnert werden?  
Wenn ja, wie?**

Ja  Nein

per Mail      oder       telefonisch

Sie haben das Recht diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten / gesetzlicher Vertreter

### **Hinweis zu unserem Praxisablauf / weitere Vereinbarungen**

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vor Terminbeginn, Ihre Verhinderung mitzuteilen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann. Wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihnen anderenfalls gegebenenfalls ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen werden.