

**Anamnesebogen** (bitte in Druckschrift ausfüllen)

**Patient: Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **geb.:** \_\_\_\_\_

**Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter** (nur ausfüllen, falls anders als unter Patient angegeben)

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

**Krankenkasse:**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> gesetzliche Versicherung | <input type="checkbox"/> private Versicherung |   |
| <input type="checkbox"/> freiwillig versichert    | <input type="checkbox"/> Vollversicherung     | Beruf (freiwillige Angabe): .....       |
| <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung       | <input type="checkbox"/> beihilferechtigt     | Arbeitgeber (freiwillige Angabe): ..... |
| <input type="checkbox"/> Kostenerstattung         | <input type="checkbox"/> Basistarif           | Tel. geschäftl.: .....                  |

**Anschrift:**

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
 Tel.: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

**Für Ihre Behandlung benötigen wir folgende Angaben**

| <b>Leiden Sie an:</b>  | Ja                       | Nein                     | Details                             |
|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Herz-, Kreislaufbeschwerden  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                               |
| Diabetes mellitus  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                               |
| Bluterkrankungen od. Gerinnungsstörungen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                               |
| Infektionskrankheiten (Tbc, HIV+, Aids, Hepatitis)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                               |
| Allergien  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                               |
| Sonstige Erkrankungen / evtl. <b>Pflegegrad</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                               |
|  |                          |                          |                                     |
| Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie z.B. Osteoporose (Insb. <b>Bisphosphonate!</b> )<br>Bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                               |
| Nehmen Sie andere Medikamente?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                               |
|  |                          |                          |                                     |
| Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                               |
| Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                               |
| Für weibliche Patienten: Besteht eine Schwangerschaft?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Weiß nicht <input type="checkbox"/> |
| Wann waren Sie zum letzten Mal beim Zahnarzt?  |                          |                          | .....                               |
| <u>Ich möchte eine Erinnerung für meine vereinbarten Termine per E-Mail erhalten</u>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | E-Mail: .....                       |

**Wichtige Informationen**

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.  
 Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

**Achtung:**

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens **48** Stunden vorher absagen, da hier sonst die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt oder eingehalten wird. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

**Ich bin darüber informiert, dass ich nach Injektionen beeinträchtigt bin und auf eigene Gefahr am Straßenverkehr teilnehme.**

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

.....  
 Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient / Versicherter / Versorgungsberechtigter \_\_\_\_\_