



## Anamnesebogen/Anmeldung

Bitte vor der Behandlung so genau wie möglich ausfüllen und abgeben!

Herr

Frau

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon privat

Telefon tagsüber

E-Mail

Fax

Arbeitgeber

Beruf

Krankenkasse oder Versicherung

Versicherter (bei Familienversicherung)

Geburtsdatum

Gesetzlich versichert

Privat versichert – nicht im Basistarif

Privat versichert – im Basistarif

Beihilfeberechtigt

Bei Privatrechnung, Rechnung an: Name & Adresse (falls abweichend vom Patienten)

Hausarzt: Name, Adresse, Telefon

### Herz-Kreislauf-Erkrankung:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig aktuell ein:

Hoher Blutdruck

nein  ja

Niedriger Blutdruck

nein  ja

Herzklappenerkrankung/-defekt /-ersatz

nein  ja

Herzerkrankung

nein  ja

Herzoperation

nein  ja

Herzschrittmacher

nein  ja

andere: \_\_\_\_\_

### Infektionserkrankungen:

HIV

nein  ja

Hepatitis

nein  ja

Tuberkulose

nein  ja

andere: \_\_\_\_\_

### Allergien / Unverträglichkeiten:

Welche:

Lokalanästhesie

nein  ja

Schmerzmittel

nein  ja

Antibiotika

nein  ja

andere: \_\_\_\_\_

**bitte wenden!**



## Weitere Erkrankungen:

- Blutgerinnungsstörungen  nein  ja  
Asthma  nein  ja  
Lungenerkrankung  nein  ja  
Schilddrüsenerkrankung  nein  ja  
Rheuma /Arthritis  nein  ja  
Epilepsie  nein  ja  
Diabetes  nein  ja  
Nierenfunktionsstörungen  nein  ja  
Ohnmachtneigung  nein  ja  
Krebserkrankung /Nervenerkrankung  nein  ja

## Medikamente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
wenn ja, wann: \_\_\_\_\_

## Allgemeine Angaben:

- Alkoholgenuss  nein  ja wenn ja,  selten  oft  regelmäßig  
Raucher  nein  ja wenn ja,  selten  oft  regelmäßig  
Drogenkonsum  nein  ja  
(Patientinnen) Schwangerschaft  nein  ja wenn ja, welche Woche: \_\_\_\_\_  
Frühere Röntgenuntersuchung im Kopfbereich  nein  ja wenn ja, wann: \_\_\_\_\_  
Ihr letzter Zahnarztbesuch \_\_\_\_\_

## Besondere Patientenwünsche:

- Behandlung unter lokaler Betäubung  nein  ja  
Beratung über Zahnaufhellung  nein  ja  
Professionelle Zahnreinigung  nein  ja  
Information zur Kinderprophylaxe  nein  ja  
Kostenfreies Benachrichtigungs-/Recallsystem  nein  ja

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und werde Sie umgehend über auftretende Änderungen informieren.

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Die Abtretung von Forderungen des Patienten, die aus dem Behandlungsverhältnis mit dem/den Behandler/in resultieren, an Dritte ist ausgeschlossen.

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu und bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Information gelesen und verstanden habe.

Ich bin damit einverstanden, dass zur Sicherstellung des Zahlungsverkehrs gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei Creditreform eingeholt wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / ges. Vertreter / Zahlungspflichtiger