

## Anamnesebogen

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Straße, Nr.

\_\_\_\_\_

PLZ, Ort

\_\_\_\_\_

Telefon privat

\_\_\_\_\_

Telefon mobil

\_\_\_\_\_

E-Mail

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

Versicherung:     gesetzlich     beihilfeberechtigt     privat     privat zusatzversichert

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Persönliche Empfehlung durch \_\_\_\_\_     Suche über das Internet
- Facebook     Instagram     Arztbewertung     Google-Bewertung

Die folgenden Fragen sind von Bedeutung für Ihre zahnärztliche Behandlung und dienen Ihrer Sicherheit. Ihre Angaben werden ausschließlich innerhalb der Praxis Dr. Susanne Kielkopf und Dr. Julian Kielkopf verwendet und unterliegen der Schweigepflicht. Bitte kreuzen Sie an!

**Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?**     Ja     Nein

Mein Hausarzt ist: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?**     Ja     Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Besteht eine Allergie / Überempfindlichkeit gegen bestimmte Stoffe?**     Ja     Nein

Antibiotikum, Wenn ja, welches? \_\_\_\_\_

Anästhesie, Schmerzmittel, Latex? \_\_\_\_\_

**Ist bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen bekannt?**     Ja     Nein

Zuckerkrankheit (Diabetes)     Glaukom / Grüner Star     Grauer Star

Rheuma     Lebererkrankung     Niereninsuffizienz

Krampfanfälle (Epilepsie)    andere \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie eine der aufgeführten Infektionskrankheiten?**  Ja  Nein

Hepatitis A  Hepatitis B  Hepatitis C  HIV +  Tuberkulose

andere \_\_\_\_\_

**Ist bei Ihnen eine der folgenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen bekannt?**  Ja  Nein

Hoher Blutdruck  Blutgerinnungsstörung  Herzfehler  Herzinfarkt

Herzmuskelschwäche  Herzinnenhautentzündung  Herzrhythmusstörungen

Herzoperation  Herzschrittmacher  Herzklappen-Prothesen

**Besteht eine Schwangerschaft?**  Ja  Nein

Wenn ja, welche Woche? \_\_\_\_\_

**Sind Sie Raucher?**  Ja  Nein

**Schnarchen Sie?**  Ja  Nein

Wenn ja, stört Sie das Schnarchen?  Ja  Nein

**Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?**  Ja  Nein

**Haben Sie Beschwerden mit dem Kiefergelenk?**  Ja  Nein

knackt oder macht Geräusche und / oder  schmerzt

**Leiden Sie unter Mundgeruch?**  Ja  Nein

**Sind Sie zufrieden mit Ihrer Zahnfarbe?**  Ja  Nein

**Gehen Sie regelmäßig zur professionellen Zahnreinigung?**  Ja  Nein

Wenn ja, in welchen Abständen  3  6  12 Monate

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit dieser Angaben. Ich willige ein, dass diese Daten elektronisch verarbeitet, gespeichert und etwaige Röntgenbilder auf elektronischem Wege an den weiterbehandelnden Arzt versandt werden. Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden. Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

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

Unterschrift \_\_\_\_\_