



## Anamnesebogen

### Öffnungszeiten:

Mo. 8.30 bis 13.00 Uhr, 15.00 bis 18.00 Uhr  
Di., Mi., Do. 8.30 bis 18.00 Uhr  
Fr. 8.30 bis 13.00 Uhr  
alle Kassen, Termine nach Vereinbarung

### Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

bitte beantworten Sie die folgenden Fragen gewissenhaft und kreuzen Sie Zutreffendes an. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patientendaten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Tagsüber erreichbar unter Tel.: \_\_\_\_\_

Versicherter (z. B. bei Kindern): \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Krankenkasse oder Versicherung: \_\_\_\_\_

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert       | <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert  | <input type="checkbox"/> Ich bin Standardtarif<br>Versicherte(r) gemäß<br>§257 Abs. 2 SGB V |
| <input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert   | <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt |   |
| <input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert | <input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert   |   |

Hausarzt evtl. Kardiologe: \_\_\_\_\_

### Gesundheitsfragen

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Erkrankungen des Herzens (Herzinfarkt, Angina pectoris, ...) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Erhöhtes Endokarditisrisiko (Entzündung der Herzinnenhaut)   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Erkrankungen des Kreislaufs (z. B. Hypertonus)               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schlaganfall (Apoplex)                                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bluterkrankungen (Hämophilie, ...)                           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blutgerinnungsstörungen (häufiges Nachbluten)                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Infektionskrankheiten (TBC, HIV/AIDS, Hepatitis, ...)        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Anfallsleiden (Epilepsie)                                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| chronische Atemwegserkrankungen (Asthma, ...)                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Magenerkrankungen (M. Crohn, ...)                            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Erkrankungen der Schilddrüse                                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Erkrankungen der Niere                                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Erkrankungen der Leber                                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes Typ 1 oder Typ 2                                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |



Haben Sie andere ernsthafte Erkrankungen, die noch nicht aufgeführt wurden?

---

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

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

Haben Sie Allergien / Unverträglichkeiten? (z. B. Medikamente, Materialien, ...)  ja  nein

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

Haben Sie einen Allergiepass?  ja  nein

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

Rauchen Sie?  ja  nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein

Treten oder traten Nebenwirkungen bei zahnärztlichen Spritzen auf?  ja  nein

Legen Sie Wert auf Behandlung unter örtlicher Betäubung?  ja  nein

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten und Injektionen zur örtlichen Betäubung beeinträchtigt sein kann.

Ist Ihnen eine professionelle Zahnreinigung (PZR) bekannt?  ja  nein

### Für neue Patienten:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

---

**Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn wir unsere Zeit für Sie reserviert haben und Sie nicht erscheinen, was dann? In dieser Zeit sind wir nicht beschäftigt. Die ganze Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie Ihren Termin nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (das heisst möglichst 48 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen grossen Gefallen. Bei Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keinen festen Termin mehr geben. Ausfallzeiten können nach §615 Satz BGB 287 ZPO berechnet werden.**

Ort, Datum

Unterschrift