

# Patienten-Anamnesebogen

(Bitte vollständig ausfüllen)

|                                      |                                 |  |
|--------------------------------------|---------------------------------|--|
| _____<br>Nachname, Vorname (Patient) | _____<br>Geburtsdatum           | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D<br>Geschlecht |
| _____<br>Straße, Hausnummer          | _____<br>PLZ, Ort               |  |
| _____<br>Telefon (privat / mobil)    | _____<br>Telefon (geschäftlich) |  |
| _____<br>E-Mail                      | _____<br>Beruf                  |  |

\_\_\_\_\_  
**Name** der privaten Versicherung / gesetzlichen Krankenversicherung

\_\_\_\_\_  
Tarif der Privatversicherung  ja  nein  
Beihilfeberechtigt?

ja  nein  
Besteht eine Zusatzversicherung? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Empfohlen durch ...

\_\_\_\_\_  
Hausarzt: Name, Adresse, Telefon

**Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:**

|                                      |                       |
|--------------------------------------|-----------------------|
| _____<br>Nachname, Vorname (Patient) | _____<br>Geburtsdatum |
| _____<br>Straße, Hausnummer          | _____<br>PLZ, Ort     |

## Einverständniserklärung bei der Behandlung von Minderjährigen

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigter

# Patienten-Anamnesebogen

(Bitte vollständig ausfüllen)

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:**

## Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

---

- Hoher Blutdruck (Hypertonie)  ja  nein  
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)  ja  nein  
Ohnmachtsneigung  ja  nein  
Herzklappenerkrankung/-defekt  ja  nein      Endokarditisprophylaxe  ja  nein  
Herzerkrankung  ja  nein  
Herzoperation  ja  nein  
Herzschrittmacher  ja  nein

## Infektionserkrankungen:

---

- HIV  ja  nein  
Hepatitis  ja  nein  
Tuberkulose  ja  nein  
Andere: \_\_\_\_\_

## Allergien / Unverträglichkeiten:

---

- Lokalanästhetika  ja  nein  
Schmerzmittel  ja  nein  
Antibiotika  ja  nein  
bitte andere Allergien auflisten : \_\_\_\_\_

## Weitere Erkrankungen:

---

- Blutgerinnungsstörungen  ja  nein  
Asthma  ja  nein  
Lungenerkrankung  ja  nein  
Schilddrüsenerkrankung  ja  nein  
Rheuma  ja  nein  
Epilepsie  ja  nein  
Diabetes  ja  nein  
Nierenfunktionsstörungen  ja  nein  
Depressionen  ja  nein

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:**

## Allgemeine Angaben:

---

Drogenkonsum  ja  nein  
Alkoholgenuss  ja  nein Wenn ja,  selten  oft  regelmäßig  
Raucher  ja  nein Wenn ja,  0-10 Zig./Tag  über 10 Zig./Tag

**Regelmäßige Medikamente**  ja  nein Wenn ja, welche (bitte unterstreichen) / seit wann:  
Endokarditisprophylaxe  ja  nein  
Blutverdünner  ja  nein z.B. Marcumar, Plavix, Ass, Xarelto, Eliquis seit: \_\_\_\_\_  
Bisphosphonate  ja  nein z.B. Zometa, Fosamax, Actonel seit: \_\_\_\_\_  
Denosumab  ja  nein z.B. Xgeva, Prolia seit: \_\_\_\_\_

**Aktuelle Röntgenbilder der Zähne**  ja  nein (nicht älter als 2 Jahre)

**Schwangerschaft**  ja  nein Monat: \_\_\_\_\_

**Haben Sie ein geführtes Bonusheft**  ja  nein

**Angabe Pflegegrad mit Nachweis**  1  2  3  4  5

## Wichtige Informationen:

- 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.
- Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.
- Ich erlaube die Weitergabe meiner Röntgenaufnahmen per Mail an Arztpraxen zwecks Weiterbehandlung.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 48 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

---

Datum

---

Unterschriften Patient und Zahlungspflichtiger /  
Erziehungsberechtigter