

Anamnesebogen

Zahnarztpraxis Dr. Christoph Leibl

Dieses Anamnese-Formular dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie es aufmerksam durch und füllen es anschließend sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die zahnärztliche Therapie Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Teilen Sie uns bitte auch bei künftigen Besuchen Änderungen Ihres Gesundheitszustandes selbstständig mit.

Vorname:	Nachname:
Geburtsdatum:	Telefonnummer:
Anschrift, PLZ, Ort:	
E-Mail-Adresse:	Hausarzt:
Beruf:	Arbeitgeber:
Name der Krankenkasse/Versicherung:	

Im Falle einer Familienversicherung:

Vorname:	Nachname:
Geburtsdatum:	Telefonnummer:
Anschrift:	

Kontakt im Falle eines Notfalles:

		Bitte ankreuzen	Ja	Nein
Besteht ein Pflegegrad?	Stufe?		Ja	Nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche?			Ja	Nein
Haben Sie Herz- Kreislauferkrankungen?			Ja	Nein
Leiden Sie unter einem Herzfehler?			Ja	Nein
Hatten Sie bereits einen Herzinfarkt?	Im Jahr: _____		Ja	Nein
Besitzen Sie einen Herzschrittmacher?			Ja	Nein
Hatten Sie bereits einen Schlaganfall?	Im Jahr: _____		Ja	Nein
Leiden Sie unter Bluthochdruck?			Ja	Nein
Neigen Sie zu niedrigem Blutdruck?			Ja	Nein
Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung? (Hämophilie)			Ja	Nein
Haben Sie eine o. mehrere Bluterkrankungen? (Leukämie, Anämie...)			Ja	Nein
Besteht eine HIV Infektion?			Ja	Nein
Ist Ihnen eine Hepatitis Erkrankung bekannt?	A B C		Ja	Nein
Leiden Sie unter einer Diabetes Erkrankung? HbA 1c: _____			Ja	Nein
Sind Sie Asthma- oder Lungenerkrankt?			Ja	Nein
Neigen Sie zu Epilepsie / Krampfanfälle?			Ja	Nein
Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?			Ja	Nein
Besteht/bestand eine Krebserkrankung oder bekommen/bekamen Sie eine Chemo- oder Radiotherapie?	Im Jahr: _____		Ja	Nein

Bitte beachten Sie auch die zweite Seite! →

	Bitte ankreuzen	Ja	Nein
Leiden Sie unter Osteoporose?		Ja	Nein
Haben Sie Chronische Magen-/ Darm-/ Nierenerkrankungen?		Ja	Nein
Bestehen sonstige Krankheiten? Welche?		Ja	Nein
Bestehen Allergien?		Ja	Nein
Wenn ja, welche?			
Neigen Sie zur Ohnmacht?		Ja	Nein
An unsere Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?		Ja	Nein
Wenn ja welche Schwangerschaftswoche? _____. Woche			
Rauchen Sie? Wieviel Stück ca. täglich? ____ Stück		Ja	Nein
Waren oder sind Sie alkohol – oder drogenabhängig?		Ja	Nein
Haben Sie große Angst vor einer zahnärztlichen Behandlung?		Ja	Nein
Traten in der Vergangenheit Probleme bei zahnärztl. Behandlungen auf?		Ja	Nein
Welche?			
Haben Sie empfindlichen Zähne oder Zahnhälse?		Ja	Nein
Leiden/Litten Sie an einer Kieferhöhlenerkrankung?		Ja	Nein
Neigen Sie zu Zahnfleischbluten?		Ja	Nein
Haben Sie Beschwerden mit Ihrem Kiefergelenk?		Ja	Nein
Ist Ihnen bekannt ob Sie mit den Zähnen knirschen oder pressen?		Ja	Nein
Leiden Sie öfter unter Aphten oder Herpes?		Ja	Nein
Leiden Sie unter Mundgeruch?		Ja	Nein
Sind ihre Zähne gelockert?		Ja	Nein
Hatten Sie einen Unfall bei dem der Gesichts und/oder Kopfbereich betroffen war?		Ja	Nein
Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen bei einem anderen Zahnarzt von Ihren Zähnen angefertigt?		Ja	Nein
Wünschen Sie von uns eine regelmäßige Terminerinnerung?		Ja	Nein
Möchten Sie über die professionelle Zahnreinigung aufgeklärt werden?		Ja	Nein
Besitzen Sie eine Zahnzusatzversicherung?		Ja	Nein

Datenschutzrechtliche Einwilligung

Im Rahmen der Patientenbehandlung ist eine Erhebung von Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versicherungsstatus und Ihrem Gesundheitszustand unvermeidbar. Selbstverständlich werden diese Daten entsprechend der datenschutzrechtlichen Vorgaben behandelt.

Die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung ergibt sich aus Art. 6 Abs. 1b und 1c sowie Art.9 Abs.2h DSGVO. Weitere und ausführlichere Informationen erhalten Sie in unserem Aushang zum Thema Datenschutz im Wartebereich der Praxis.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogener Daten nach DSGVO Art.6 und Art.7, sowie die aktuelle, vollständige und wahrheitsgemäße Angabe meiner Anamnese.

Geiselhöring den:

Unterschrift bitte mit vollständigem Namen: