

## ANAMNESEBOGEN

### Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bitte füllen Sie uns diesen Fragebogen sorgfältig aus. Dadurch erleichtern Sie uns das Erkennen von Risikofaktoren und unterstützen so optimal Ihre Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

<b>Persönliche Angaben   Patient</b>		
Nachname / Vorname	Geburtsdatum	
<b>Versicherter / Gesetzlicher Vertreter</b>		
Nachname / Vorname	Geburtsdatum	
Straße / Nr.	PLZ / Ort	
Mobiltelefon	Festnetztelefon	
E-Mail		
Arbeitgeber	Beruf	
Hausarzt	Überweisender Arzt	
<b>Krankenversicherung</b>		
Krankenkasse <input type="checkbox"/>	Privat <input type="checkbox"/>	
Name der Krankenkasse <input type="checkbox"/>	Basis- / Standard- / Studententarif <input type="checkbox"/>	
	Private Zusatzversicherung <input type="checkbox"/>	
<b>Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?</b>		
Empfehlung <input type="checkbox"/>	Google <input type="checkbox"/>	Werbung im Briefkasten <input type="checkbox"/>
Überweisung durch andere Praxis <input type="checkbox"/>	Facebook & Social Media <input type="checkbox"/>	Werbung im Umfeld (Plakate/digitale Screens) <input type="checkbox"/>
Mitnahme von Flyer <input type="checkbox"/>	Radio <input type="checkbox"/>	Werbung in Zeitung <input type="checkbox"/>
<b>Dürfen wir Sie per Telefon/SMS/E-Mail an die Vereinbarung von Vorsorgeterminen erinnern?</b>		
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
<b>Dürfen wir Sie per Telefon/SMS/E-Mail an vereinbarte Termine erinnern?</b>		
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

Liegt ein Pflegegrad vor?		Ja	Nein	Nehmen Sie derzeit Medikamente?		Ja	Nein
<b>Infektionskrankheiten</b>				Blutgerinnungshemmende Medikamente: (z.B. Ass 100, Marcumar, Xarelto)			
Hepatitis A, B, C oder andere Leberentzündungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRSA (Krankenhauskeim)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV (Immunschwächeerkrankungen)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TBC (Tuberkulose)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige   Wenn ja, welche?				Sonstige   Wenn ja, welche?			
<hr/>				<hr/>			
<b>Herzkreislauferkrankungen</b>				<b>Weitere Erkrankungen</b>			
Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koronare Herzkrankheit (Angina pectoris)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhter Blutdruck (Hypertonie)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenfehler / -ersatz				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzpass?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige   Wenn ja, welche?				Sonstige   Wenn ja, welche?			
<hr/>				<hr/>			
<b>Allergien</b>				<b>Weitere Angaben</b>			
Penicillin- / Antibiotika-Allergie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lokalanästhetika-Allergie (örtl. Betäubung)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latexallergie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige   Wenn ja, welche?				Rauchen Sie?			
<hr/>				Sind Sie schwanger / stillen Sie?			
<b>Blut</b>				Gab es schon einmal Komplikationen bei einer Zahnbehandlung?			
Liegt eine Blutungsneigung vor?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung / Faktormangel				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige   Wenn ja, welche?				Leiden Sie unter Zahnarztangst?			
<hr/>				Haben Sie einen zahnärztl. Implantatpass?			
<hr/>				Wurden Röntgenaufnahmen in den letzten 12 Monaten angefertigt? Wo?			
<hr/>				Sonstige   Wenn ja, was?			
<hr/>				<hr/>			

Bitte teilen Sie uns jede Änderung der Anschrift, des Gesundheitszustandes sowie von Medikamenteneinnahmen und eine eventuelle Schwangerschaft mit. Weiter weisen wir darauf hin, dass nach einer Anästhesie die Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges und/oder das Bedienen von Maschinen eingeschränkt sein kann. Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist das Zahngesundheitszentrum Haar, Dr. Stehberger und Kollegen, Hans-Stießberger-Straße 2a, 85540 Haar (Rechtsgrundlage der Verarbeitung ist DSGVO Artikel 9, Absatz 2 a., Einwilligung, die Sie uns bei Behandlungsbeginn erteilt haben in Kombination mit §630f BGB.)

Ort, Datum

Name des Patienten  
(in Druckbuchstaben)

Geburtsdatum

Patientenunterschrift

Bei minderjährigen- oder unter Betreuung stehende Patient/innen:

Ort, Datum

Name des Patienten  
(in Druckbuchstaben)

Geburtsdatum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter