



ANAMNESEBOGEN

Praxisstempel

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.

Persönliche Angaben Patient		
Nachname / Vorname	Geburtsdatum	
Versicherter Gesetzlicher Vertreter		
Nachname / Vorname	Geburtsdatum	
Straße / Nr.	PLZ / Ort	
Mobiltelefon	Festnetztelefon	
E-Mail		
Arbeitgeber	Beruf	
Hausarzt	Überweisender Arzt	
Krankenversicherung		
Krankenkasse <input type="checkbox"/>	Privat <input type="checkbox"/>	
	Basis- / Standardtarif <input type="checkbox"/>	
	Private Zusatzversicherung <input type="checkbox"/>	
Name der Krankenkasse:		
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?		
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 oder digitale Screens) <input type="checkbox"/>
Mitnahme von Flyer (Auslage oder Verteilung) <input type="checkbox"/>	Radio <input type="checkbox"/>	Werbung in Zeitung <input type="checkbox"/>
Dürfen wir Sie per Telefon/SMS/E-Mail an die Vereinbarung von Vorsorgeterminen erinnern?		
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Dürfen wir Sie per Telefon/SMS/E-Mail an vereinbarte Termine erinnern?		
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

>>> Bitte wenden >>>

Gesundheitsfragen					
Liegt eine Pflegestufe vor?		Ja	Nein	Nehmen Sie derzeit Medikamente?	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Infektionskrankheiten				Blutgerinnungshemmende Medikamente:	
Hepatitis A,B,C oder andere Leberentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(z.B. Ass 100, Marcumar, Xarelto)		<input type="checkbox"/>
MRSA (Krankenhauskeim)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose Medikamente:		<input type="checkbox"/>
HIV (Immunschwächeerkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(z.B. Bisphosphonate)		<input type="checkbox"/>
TBC (Tuberkulose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herz-Kreislauf Medikamente:		<input type="checkbox"/>
Sonstige Wenn ja, welche?				(z.B. ACE-Hemmer, Beta-Blocker)	
_____				Sonstige Wenn ja, welche?	

Herzkreislauferkrankungen			Weitere Erkrankungen		
Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Mellitus (Zuckerkrankheit)		
Koronare Herzkrankheit (Angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung		
Erhöhter Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma / chronische Bronchitis		
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkrankungen der Leber / der Niere /		
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	des Magen-Darm-Trakts		
Herzklappenfehler / -ersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose		
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grüner Star (Glaukom)		
Haben Sie einen Herzpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankung		
Sonstige Wenn ja, welche?			Wenn ja, welchen Tumor?		
_____			Sonstige Wenn ja, welche?		

Allergien			Weitere Angaben		
Penicillin- / Antibiotika-Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rauchen Sie?		
Lokalanästhetika-Allergie (örtl. Betäubung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie schwanger / stillen Sie?		
Latexallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gab es schon einmal Komplikationen		
Sonstige Wenn ja, welche?			bei einer Zahnbehandlung?		
_____			Leiden Sie unter Zahnarztangst?		
			<input type="checkbox"/>		
Blut			Sonstige Wenn ja, was?		
Liegt eine Blutungsneigung vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Blutgerinnungsstörung / Faktormangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Bitte teilen Sie uns jede Änderung der Anschrift, des Gesundheitszustandes sowie von Medikamenteneinnahmen und eine eventuelle Schwangerschaft mit. Weiters 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 die Dentadox MVZ GmbH, Arnulfstraße 37, 80636 München. Rechtsgrundlage der Verarbeitung ist DSGVO Artikel 9, Absatz 2 a.) Einwilligung, die Sie uns bei Behandlungsbeginn erteilt haben in Kombination mit §630f BGB. Vollständige Datenschutzhinweise finden Sie unter www.dentadox.com/datenschutz.

Ort, Datum

Patientenunterschrift

Name des Patienten
(bitte in Druckbuchstaben)

Bei minderjährigen Patienten/innen und ggf. bei Patienten/innen unter Betreuung:

Ort, Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Name des Patienten
(bitte in Druckbuchstaben)