



## ANAMNESE

### Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Fachzahnarztpraxis. Damit wir Ihre optimale medizinische Versorgung gewährleisten können, bitten wir sie um einige persönliche Informationen.

#### P E R S Ö N L I C H E D A T E N

Name  Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Tel. privat  Tel. geschäftlich

Beruf\*

Arbeitgeber\*

gesetzlich versichert  privat versichert

Krankenkasse bzw. -versicherung

Zusatzversicherung  Ja  Nein

Versicherungsgesellschaft

Beihilfeberechtigt  Ja  Nein

#### V E R S I C H E R T E ( R )

selbst versichert

versichert mit:  Ehefrau  Ehemann  Mutter  Vater

(bitte folgende Angaben zu der/dem Versicherten ausfüllen)

Name  Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Tel.

#### W I E S I N D S I E A U F U N S E R E P R A X I S A U F M E R K S A M G E W O R D E N ? \*

Überwiesen von  Empfohlen von

Internet  Sonstiges

\*freiwillige Angabe

# GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Um gesundheitliche Risiken zu vermeiden, ist es wichtig, dass Sie alle folgenden Fragen gewissenhaft beantworten. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sollten beim Ausfüllen Fragen bestehen, hilft Ihnen unser medizinisches Fachpersonal gerne weiter.

## Aufgrund welcher Erkrankung werden oder wurden Sie behandelt?

Bitte Zutreffendes ankreuzen oder ausfüllen.

### HERZERKRANKUNGEN

Herzinsuffizienz	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Endokarditis	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Künstliche Herzklappe	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Herzoperation (z.B. Bypass)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Herzinfarkt	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

### KREISLAUFERKRANKUNGEN

Hoher Blutdruck	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Ohnmachtsanfälle	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

### STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Zucker (Diabetes)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Magen-Darm-Erkrankungen (z.B. Morbus Crohn)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Lebererkrankungen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

### AUGENERKRANKUNGEN

Grüner Star (Glaukom)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
-----------------------	---

### ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

Psychologische Erkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Epilepsie	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Parkinson	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Multiple Sklerose (MS)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Schlaganfall (Apoplex)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

### BLUTERKRANKUNGEN

Verstärkte Blutungsneigung (z.B. Hämophilie, Von-Willebrand-Syndrom)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Blutarmut (Anämie)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

### ALLERGIE

Wenn ja, welche?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
------------------	---

### INFEKTIONSKRANKHEITEN

Gelbsucht (Hepatitis A B C)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Tuberkulose	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
HIV/AIDS	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

### TUMORERKRANKUNGEN

Wenn ja, welche und wann?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Bestrahlungstherapie	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Chemotherapie	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

### KNOCHENSTOFFWECHSEL

Osteoporose	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Therapie mit Bisphosphonaten oder monoklonalen Antikörpern? (z.B. Fosamax, Alendronat, Bonviva, Prolia, Xgeva)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, welche und wie häufig?	

### LUNGENERKRANKUNGEN

Asthma	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
COPD	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

### WEITERE FRAGEN

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, welche?	

Leiden Sie an anderen Erkrankungen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, welche?	

Wenn ja, welche?

Sind Sie zur Zeit schwanger?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Falls ja, in welchem Monat?	

Rauchen Sie?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Konsumieren Sie regelmäßig Drogen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Wurden Sie zuletzt im Kopfbereich geröntgt? (Zähne, Nebenhöhlen, Hals, Nase, Ohren)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, wann und wo?	

## Hinweis für Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung und für Privatpatienten:

Die für Sie erbrachten Leistungen werden entsprechend der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Dabei entscheidet der behandelnde Zahnarzt anhand des Umfangs und der Schwierigkeit der Behandlung, in welcher Höhe zwischen dem einfachen bis dreieinhalbfachen Gebührensatz abgerechnet wird. Abweichungen hiervon bedürfen der vorherigen schriftlichen Vereinbarung.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle Angaben vollständig und richtig sind.** Falsche Angaben zur Person oder Krankenversicherung können zu rechtlichen Konsequenzen führen. Ich verpflichte mich, während des Behandlungszeitraumes auftretende Änderungen umgehend mitzuteilen. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten elektronisch gespeichert und bearbeitet werden.

Datum, Unterschrift