

ANAMNESEBOGEN

Zahnarztpraxis Dr. Schreiber

Zußdorfer Str. 22
88271 Wilhelmsdorf
07503/2255
info@zahnarzt-schreiber.de
www.zahnarzt-schreiber.de



1. Persönliche Daten

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail (Terminerinnerung/Recall): _____

Hausarzt: _____

Versicherung: ☐ gesetzlich ☐ privat ☐ Heilfürsorge

Zusatzversicherung ☐ Ja ☐ Nein

2. Medikamente / Behandlungen

Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung?

☐ nein ☐ ja: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

☐ nein ☐ ja: _____

3. Krankheiten / Vorerkrankungen (betreffendes bitte unterstreichen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herzfehler / Herzklappenfehler | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt / Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Osteoporose (Bisphosphonate?) |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck / niedriger Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher/ Herzklappenersatz | <input type="checkbox"/> Diabetes (Typ <input type="checkbox"/> I / <input type="checkbox"/> II) |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen / Hepatitis | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> HIV / AIDS | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen: _____ | |

Für Frauen

Sind Sie **schwanger**?

☐ nein ☐ ja, Woche: ____

Stillen Sie aktuell?

☐ nein ☐ ja

4. Allergien und Unverträglichkeiten

Bestehen **Allergien**? ☐ Ja ☐ Nein

☐ Medikamente (z. B. Penicillin): _____

☐ Latex

☐ Lebensmittel: _____

☐ Sonstiges: _____

Hatten Sie schon Komplikationen bei Zahnbehandlungen?

☐ Nein ☐ Ja: _____

6. Absagefrist & Ausfallgebühr

Ich bin darüber informiert, dass vereinbarte Termine spätestens **24 Stunden vorher** abgesagt werden müssen. Bei nicht rechtzeitig abgesagten oder versäumten Terminen kann eine **Ausfallgebühr erhoben** werden.

7. Einverständniserklärungen

Einverständnis zur Speicherung und Verarbeitung meiner Daten (**DSGVO**):

☐ ja ☐ nein

Einverständnis zur telefonischen / elektronischen Kontaktaufnahme (Termine, Rückfragen):

☐ ja ☐ nein

Teilnahme am Recall- / Erinnerungssystem (E-Mail, Post):

☐ ja ☐ nein _____

8. Versicherungskarte / Versicherungsnachweis

Sollten Sie Ihre Versicherungskarte beim Termin nicht dabeihaben, gewähren wir Ihnen eine Frist von 10 Tagen, diese nachzureichen.

Wenn wir in diesem Zeitraum keinen Versicherungsnachweis von Ihnen erhalten, werden die erbrachten Leistungen privat in Rechnung gestellt.

8. Verpflichtung zur wahrheitsgemäßen Angabe

Ich verpflichte mich, alle Daten hinsichtlich meines Gesundheitszustands und meines Versicherungsverhältnisses wahrheitsgetreu anzugeben und alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend mitzuteilen.

Unterschrift

Unterschrift Patient/in: _____ Datum: _____