

# ANAMNESEBOGEN



Willkommen in der Zahnarztpraxis Dr. Mensing und Dr. Wimmer,

bevor wir uns in Ruhe über ihre zahnmedizinische Versorgung unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine angemessene und zufriedenstellende Behandlung. Bitte dieses Formular ausfüllen und an der Anmeldung abgeben.

Patienten-Name:  PATIENT

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon Privat:

Telefon Mobil:

Telefon Arbeit:

E-Mail:

Beruf:

Arbeitgeber:

Versicherter:

Geburtsdatum:  VERSICHERTER

Straße:  VERSICHERTER

PLZ/Ort:  VERSICHERTER

Krankenversicherung

gesetzlich  privat  Basistarif

beihilfeberechtigt  ja  nein

Zahnezusatzversicherung vorhanden  ja  nein

Hausarzt:

Facharzt:

Sehr geehrter Patient,

Sie kommen in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin mitteilen. Gerne sind wir dann bereit, mit Ihnen einen neuen Termin zu vereinbaren. Setzen Sie uns über Ihre Verhinderung nicht rechtzeitig in Kenntnis, dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihnen in diesem Falle eine Entschädigung in Rechnung gestellt werden kann (§§ 615 / 280 BGB).

Erhalten Sie wegen eines Notfalles einen Termin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Wenn Sie mit ja antworten,

bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen

ja nein

ja nein

- 1 Leiden Sie an Zahnfleischbluten?
- 2 Welche Hilfsmittel zur Zahnpflege verwenden Sie?
- 3 Welche Hilfsmittel zur Zahnzwischenraumpflege verwenden Sie?
- 4 Sind sie an helleren Zähnen/Bleaching interessiert?
- 5 Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?
- 6 Leiden Sie unter Kiefergelenkschmerzen, Rücken- oder Nackenschmerzen?
- 7 Leiden Sie oft an Verspannungen im Gesichts- oder Nackenbereich?

- 8 Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?
- Asthma (schwere Atemnot)
- Schlaganfall
- Lähmungen, ggf. seit wann?
- Gelbsucht
- Erkrankung der Leber, ggf. seit wann?
- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Gelenkerkrankungen (z.B. Rheuma)
- Schilddrüsenerkrankung
- Epileptische Anfälle

Wenn Sie mit ja antworten,  
bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen

	ja	nein		ja	nein
9 Leiden Sie unter Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17 Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Leiden Sie unter folgenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18 Sind Sie an einer homöopathischen und ganzheitlichen Behandlung interessiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt			19 Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Angina pectoris			20 Hatten Sie schon einmal Kreislaufstörungen oder andere Reaktionen nach einer Betäubung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher			<div style="background-color: #e0e0e0; padding: 10px;"> <p>Bei der Betäubung können folgende Risiken auftreten: Gefäßreizung/Bluterguss/allergische Reaktion/Krämpfe und Nervenschäden</p> <p>Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit nach einer Betäubung oder Injektion beeinträchtigt sein kann.</p> </div>		
<input type="checkbox"/> Herzklappenfehler/Herzklappenersatz					
11 Wie ist ihr Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21 Sonstige Hinweise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hoch			_____		
12 Wurden bei Ihnen Infektionskrankheiten festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
<input type="checkbox"/> HIV					
<input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C			22 Wann wurden Sie das letzte mal im Mund-/Kiefer-Gesichtsbereich geröntgt? _____		
<input type="checkbox"/> Tuberkulose			23 Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Andere Erkrankungen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> unsicher <input type="checkbox"/> wenn ja, SSW: _____		
_____			24 Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			25 Zu welcher Tageszeit sind Sie am besten zu erreichen? _____		
14 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
_____					
15 Unverträglichkeit von Medikamenten Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
_____					
16 Gibt es Stoffe, auf die Sie allergische Reaktionen zeigen? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
_____					

Alle Informationen und Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Mit der Erfassung und Bearbeitung meiner Daten gemäß § 4a Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Alle abgedruckten Informationen habe ich gelesen und verstanden. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich Änderungen umgehend mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

## IMPLANTOLOGEN UND ZAHNÄRZTE FRANKEN

Dr. med. dent. Marcus Mensing (MSc)  
Master of Science Orale Chirurgie / Implantologie

Dr. med. dent. Stefan Wimmer (MSc)  
Master of Science Orale Chirurgie / Implantologie

## Praxis Wiesenthau

Hauptstraße 7 · 91369 Wiesenthau  
Tel 09191 / 79 69 59 · Fax 09191 / 79 64 01

## Praxis Bieberbach

Bieberbach 84 · 91349 Egloffstein  
Tel 09197 / 6 25 39 20 · Fax 09197 / 6 25 39 21