



## Anamnesebogen

Sehr geehrte/r Patient/in, sehr geehrte Patient\*innen,

bitte füllen Sie diesen Bogen **vollständig** aus. Die Angaben sind für eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Geb. Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobilfunk: \_\_\_\_\_

Ihr/e Zahnarzt/Zahnärztin: \_\_\_\_\_

E-Mail (freiwillige Angabe): \_\_\_\_\_

Mit der Angabe Ihrer Email-Adresse willigen Sie ein, dass wir Sie auch per Email kontaktieren dürfen für das Übersenden von Behandlungsunterlagen, Terminerinnerungen oder Rechnungen. Diese Einwilligung kann jederzeit mündlich oder schriftlich unserer Praxis gegenüber widerrufen werden.

Versichert über:  Vater  Mutter  selbst versichert

**(Hauptversicherte/r ist automatisch Rechnungsempfänger, wenn nicht anders angegeben)**

Krankenkasse:  privat  freiwillig  gesetzlich

Beihilfe:  Ja  Nein

Basis-Tarif einer privaten Versicherung:  Ja  Nein

### ANGABEN DER MUTTER:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Geb. Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

Mobilnummer: \_\_\_\_\_

### ANGABEN DES VATERS:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Geb. Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

Mobilnummer: \_\_\_\_\_

Sollte sich während der Behandlung die Krankenkasse, der Zahnarzt, der Wohnsitz oder die Telefonnummer ändern, teilen Sie uns dies bitte unverzüglich mit!

Bitte RÜCKSEITE beachten!





Bestehende Erkrankungen:	Ja	Nein		Ja	Nein
• Herz/Kreislauf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Lunge/Atmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Gerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• HIV/Aids	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Infektionskrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Wenn ja, welche? _____					

Sonstige allgemeinmedizinische Erkrankungen:

\_\_\_\_\_

	Ja	Nein
• Wurde bereits eine Spangenbehandlung durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Liegt ein Herzpass vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Liegt ein Allergiepass vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Besteht oder bestand eine Lutschgewohnheit über das dritte Lebensjahr hinaus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Gab es Unfälle im Kopfbereich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Liegen Kopfschmerzen vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Atmen Sie viel durch den Mund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Bestehen Beschwerden im Bereich der Kaumuskeln?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Wird mit den Zähnen gepresst oder geknirscht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Knackt es im Kiefergelenk?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Wurden im Kopfbereich bereits Röntgenaufnahmen angefertigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, von wem und wann? _____		
• <b>Besteht möglicherweise eine Schwangerschaft?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wir weisen darauf hin, dass die für Abrechnung und Verwaltung benötigten Daten des Patienten und Versicherten in unserer Praxis EDV-technisch erfasst, gespeichert und verarbeitet werden. Bitte teilen Sie uns eintretende Änderungen Ihrer Daten während der gesamten Behandlungsdauer unaufgefordert mit.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie damit einverstanden sind, dass im Falle einer notwendigen Absprache mit Ihrem Zahnarzt oder einem Fachkollegen, bei der Behandlung durch einen Assistenten, einer der Behandlungsübernahme durch einen anderen Behandler, bei der Zusammenarbeit mit einem externen Dental-Labor oder der Abrechnung über Ihrer Krankenkasse diese Daten weitergegeben werden.

Sie bestätigen ferner, dass Im Falle des Verkaufes der Praxis diese Daten vom Nachfolger weiterbenutzt und die angefertigten Behandlungsunterlagen an diesen weitergegeben werden dürfen.

Mit Ihrer Unterschrift erlauben Sie uns außerdem, Sie oder Ihr Kind in der Praxis mit Namen anzusprechen oder aufzurufen – allein schon aus Gründen der Höflichkeit.

DATUM: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

(Unterschrift Hauptversicherte/r und Rechnungsempfänger; bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigte !)