



## FRAGEBOGEN (ANAMNESE)

### Herzlich willkommen in unserer Praxis.

Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und an Ihren Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann, bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen – alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Unsere Praxis ist so organisiert, dass für Sie selten Wartezeiten entstehen. Bitte geben Sie uns daher mindestens 24 Stunden vorher Bescheid, falls Sie verhindert sein sollten. Versäumte bzw. nicht abgesagte Termine müssen wir Ihnen mit 45 € pro 30 Minuten in Rechnung stellen (§615 BGB).

**Patient** Name ..... Vorname ..... Geburtsdatum .....

**Mitglied** Name ..... Vorname ..... Geburtsdatum .....

**Anschrift** Straße, Hausnr. ....  
PLZ ..... Ort .....

**Telefon** Privat ..... Mobil .....

**E-Mail** .....

**Versicherung** .....

**bei Privatversicherung:** Baistarif (Pw. 1, 7)?

**Haben Sie eine Zusatzversicherung?**  **Erhalten Sie Beihilfe des öffentlichen Dienstes?**

**Empfehlung durch** .....

**Überweisende Praxis** .....

→ Bei Überweisung bitte weiter auf der nächsten Seite

### Weswegen begeben Sie sich in Behandlung? (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Haben Sie Zahnschmerzen?  Haben Sie Kiefergelenkschmerzen?

Blutet Ihr Zahnfleisch?  Würden Sie sich leicht mit herausnehmbaren Zahnersatz abfinden?

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?  Sind Ihre Zähne gelockert?

Wurden Röntgenbilder erstellt?  Wenn ja, wann wurden sie erstellt?

Wünschen Sie über neueste und bessere zahnmedizinische Versorgungsungen (Inlays, Implantat, etc.) informiert zu werden, auch wenn diese nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden?

Möchten Sie von uns in regelmäßigen Abständen an eine Kontrolluntersuchung (Recall) erinnert werden?



## MEDIZINISCHE BEFUNDERHEBUNG

### Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

(Bitte Zutreffendes ankreuzen und ggfs. ergänzende Antwort eintragen)

- Allergie (wenn ja, welche?)  .....
- Atemwegserkrankung  .....
- Blutgerinnungsstörungen  .....
- Diabetes  .....
- Anfallsleiden (Epilepsie)  .....
- Schilddrüsenerkrankung  .....

### Herz- Kreislauferkrankungen

- Herzinsuffizienz       Angina Pectoris       Herzrythmusstörung       Herzschrittmacher
- Herzinfarkt (wenn ja, wann?)  .....      Durchblutungsstörungen       erhöhter/niedriger Blutdruck

### Infektionskrankheiten

- TBC       HIV/AIDS       Hepatitis A       Hepatitis B       Hepatitis C

### Sonstige Erkrankungen

- Lebererkrankungen  .....
- Magen-Darm-Erkrankungen  .....
- Nierenerkrankungen  .....
- Rheumaerkrankungen  .....
- Tumorerkrankungen  .....
- Weitere Erkrankungen  .....

Nehmen Sie Medikamente ein?  Wenn ja, welche? .....

Rauchen Sie?  Wenn ja, wieviel pro Tag? .....

Besteht eine Schwangerschaft?  Wenn ja, im wievielten Monat? .....

(Bitte teilen Sie uns jede Schwangerschaft mit)

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?

Name des Arztes .....

Telefonnummer des Arztes .....

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen ein Erziehungsberechtigter)