



**Dr. Susan Richel-Suchy**  
Zahnärztin  
Willy-Meyer-Str. 3-5 • 25436 Tornesch  
Tel. 04122 / 999 740

## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht, sowie den Regelungen zum Datenschutz und werden daher streng vertraulich behandelt. Eine Erklärung zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO halten wir für Sie zur Einsicht und auf unserer Internetseite bereit.

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ beschäftigt bei \_\_\_\_\_

Telefon/Handy \_\_\_\_\_ geschäftlich \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ privat versichert \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

vorheriger Zahnarzt \_\_\_\_\_

### Versicherter (wenn familienversichert)

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

**Aufgrund des Elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens bei Zahnersatzplanungen bekommen Sie keine Unterlagen mehr zur Weiterleitung an Ihre Krankenkasse zugeschickt. Bitte wählen Sie, ob eine Kostenaufklärung mündlich per Anruf oder schriftlich per E-Mail erfolgen soll.**

- per Anruf  per E-Mail

### Einverständniserklärung zur Informationsweitergabe meiner persönlichen Daten

Meine Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Folgende Personen dürfen mündliche und schriftliche Auskünfte (Termine, Röntgenbefunde, Eigenanteile usw.) erhalten:

Angehörige (Name/n): \_\_\_\_\_

Sonstige Personen: \_\_\_\_\_

**oder**

- Bitte keine Auskünfte an Angehörige/sonstige Personen

**Bitte Rückseite beachten!**

## Allgemeine Gesundheitssituation

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Herzfehler
- Herzinfarkt
- Herzschrittmacher
- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Künstliche Herzklappe, seit \_\_\_\_\_
- Künstliche Gelenke, seit \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_
- Gerinnungsstörungen des Blutes
- Medikament: \_\_\_\_\_

Asthma /  COPD

- Dialysepflichtigkeit
- Diabetes mellitus Typ I
- Diabetes mellitus Typ II

- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion

Rheuma

- Grauer Star
- Grüner Star

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten:

- Aids
- Hepatitis A/B/C
- TBC

- Epilepsie
- Depressionen
- Angstzustände

Unverträglichkeiten:  
\_\_\_\_\_

Allergien:  
\_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen:  
\_\_\_\_\_

Wurden oder werden Sie mit Bisphosphonaten behandelt?

Rauchen Sie?

Nehmen Sie Drogen?

Besteht eine Alkoholabhängigkeit /  Trocken

Neigen Sie zur Ohnmacht?

**Für unsere Patientinnen:**

Besteht eine Schwangerschaft?

Wenn ja, welche Woche? \_\_\_\_\_

**Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraums auftretenden Änderungen zu informieren. Wird die Versicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorgelegt, werden die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt.**

**Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 2 Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.**

**Ich habe die Datenschutzinformationen gelesen und bin damit einverstanden.**

**Hiermit bestätige ich, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.**

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

Bitte bringen Sie den Bogen ausgefüllt zum Termin mit!

