

# ANAMNESEBOGEN

Zahnarztpraxis  
Dr. Susan Richel-Suchy



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. 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.

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

Straße, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

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

Krankenkasse/private Versicherung \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert  ja  nein      Zusatzversicherung  ja  nein  
privat versichert  ja  nein      Beihilfe  ja  nein      Basistarif  ja  nein

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

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

Liegt ein Pflegegrad (§15 SGB XI) vor? Wenn ja, welcher?       1     2     3     4     5

Haben Sie der elektronischen Patientenakte (ePa) bei Ihrer Krankenkasse widersprochen?       ja     nein

## Wenn Sie familienversichert sind, wer ist der Hauptversicherte?

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

Adresse \_\_\_\_\_

### Hinweise zur Organisation

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 vorab mündlich per Anruf oder schriftlich per E-Mail erfolgen soll.

per Anruf                                       per E-Mail

### Einverständniserklärung zur Informationsweitergabe meiner persönlichen Daten

Die 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:

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

Bitte keine Auskünfte an Dritte (Angehörige/sonstige Personen)

**Bitte Rückseite beachten!**

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

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

- Asthma
- COPD

- Dialysepflichtigkeit

- Diabetes mellitus Typ I
- Diabetes mellitus Typ II

- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion

- Rheuma
- Grauer Star
- Grüner Star

- Hepatitis A/B/C
- Aids
- TBC

- Epilepsie
- Depressionen
- Angstzustände

Sonstige Erkrankungen:

\_\_\_\_\_

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Unverträglichkeiten:

\_\_\_\_\_

- Allergien:

\_\_\_\_\_

- 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 Versichertenkarte 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 Datenschutzzinformationen gelesen und bin damit einverstanden.**

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

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

**Bitte ausfüllen und ausgedruckt mitbringen!**

