



# Zahnarztpraxis

## Dr. Thomas Haack

WIR BEHANDELN UNSERE PATIENTEN SO, ALS OB WIR UNS SELBER BEHANDELN WÜRDEN.

### Anamnesebogen

Dieser Anmeldebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und elektronisch gespeichert. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB und den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Wir bitten Sie um vollständige und wahrheitsgemäße Angaben.

#### ➤ **Persönliche Daten**

##### **Patient**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

##### **Anschrift**

Straße / Nummer \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

##### **Telefon**

privat \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

#### **Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist versichertes Mitglied?**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

**Krankenkasse** \_\_\_\_\_ pflichtversichert () freiwillig versichert () privat ()

**Haben Sie eine private Zusatzversicherung?** Nein () Ja () Name der Versicherung \_\_\_\_\_

**Sind Sie beihilfeberechtigt (bei privat)?** Nein () Ja ()

**Erinnerung an Ihren nächsten Vorsorgetermin** Nein () Ja ()

**Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?** \_\_\_\_\_

#### ➤ **Allgemeine Anamnese**

**Wer ist Ihr Hausarzt?** \_\_\_\_\_

Bestehen folgende Erkrankungen / Beschwerden (**nur ankreuzen bei „ja“!**)

- |  |  |                                  |
|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herzkreislauferkrankung / Blutdruck | zu niedrig <input type="checkbox"/>                  | zu hoch <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Asthma                              | <input type="checkbox"/> Kopf- / Nackenschmerzen     |                                  |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen             | <input type="checkbox"/> chron. Magen-Darmerkrankung |                                  |
| <input type="checkbox"/> Herzfehler                          | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung      |                                  |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie                           | <input type="checkbox"/> Diabetes / Zucker           |                                  |
| <input type="checkbox"/> Glaukom / Grüner Star               | <input type="checkbox"/> Migräne                     |                                  |

**Bitte wenden** →

- Nierenerkrankung wenn ja, welche \_\_\_\_\_
- Lebererkrankung wenn ja, welche \_\_\_\_\_
- Infektionskrankheiten wenn ja, welche \_\_\_\_\_  
z.B. Tuberkulose, Aids(HIV), Gelbsucht(Hepatitis)
- Allergien wenn ja, welche \_\_\_\_\_
- sonstige Erkrankungen? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (z. B. ASS) wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_

Wann waren Sie zum letzten Mal beim Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt? Monat/ Jahr \_\_\_\_\_

**Bei Frauen:** Sind Sie schwanger? Wenn ja, welche Woche / Monat \_\_\_\_\_

Nehmen Sie die Antibaby-Pille? Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

### ➤ Zahnärztliche Anamnese

Weshalb suchen Sie meine Praxis auf, was ist Ihr Hauptanliegen?

\_\_\_\_\_

Haben Sie einen Röntgenpass?  Ja  Nein

Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung oder ein  
„unruhiges Gefühl“?  Ja  Nein

Ich wünsche eine Beratung zu folgenden Themen:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung        | <input type="checkbox"/> moderne Wurzelkanalbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Behandlung bei Zahnfleischbluten    | <input type="checkbox"/> Schnarch- Therapie            |
| <input type="checkbox"/> Kieferorthopädie (Zahnfehlstellung) | <input type="checkbox"/> Zahnersatz                    |
| <input type="checkbox"/> Implantologie                       | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____               |

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben

Achim, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Vielen Dank!**