



# MAGDALENA TOLKSDORF

## ANAMNESEBOGEN ZAHNARZTPRAXIS

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis! Um uns individuell auf Sie einstellen und die optimale Therapie für Sie wählen zu können, benötigen wir von Ihnen einige Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand. Bitte teilen Sie uns auch künftig Änderungen mit. Die von Ihnen angegebenen Daten werden im Rahmen unserer ärztlichen Schweigepflicht und der DSGVO selbstverständlich vertraulich behandelt und nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis an Dritte weitergegeben.

### Persönliche Angaben:

Vorname	Nachname	Geb. Datum
Straße	PLZ	Ort
Geb. Ort	Telefon	Email
Krankenkasse	Zusatzvers.	

### Allgemeine Angaben:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Grund Ihres Besuchs?

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt?

Wie oft gehen Sie üblicherweise zum Zahnarzt?

Wann wurden Sie zuletzt am Kopf geröntgt?

Benötigen Sie einen Röntgenpass?                      ja                      nein

### Wünschen sie eine besondere Beratung zu ... ?

Maßnahmen der Zahnerhaltung?                      ja                      nein

Ästhetische Zahnheilkunde / Veneers?                      ja                      nein

Amalgam-Sanierung?                      ja                      nein

Bleaching / Zahnaufhellung?                      ja                      nein

Implantate?                      ja                      nein

Zahnfleischbehandlung (Parodontose)?                      ja                      nein

Solo Prophylaxe / Professionelle Zahnreinigung?                      ja                      nein

Andere Anliegen? Wenn ja, welche?                      ja                      nein

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie an einen Termin erinnern? ja

Wünschen Sie eine Benachrichtung für anst. Kontrollunters. / Prophylaxe? ja

Wie dürfen wir Sie benachrichtigen? SMS Email Telefon Brief

Sind Sie damit einverstanden, Rechnungen per Email zu erhalten (der Umwelt zu liebe)? ja

Wir bitten um Verständnis, dass wir Ihnen bei einer Terminabsage unter 24 Stunden vor der geplanten Behandlung, ein Ausfallhonorar privat in Rechnung stellen müssen sofern wir nicht kurzfristig einen Ersatz organisieren können. Beachten Sie, dass nach einer Injektion oder örtlichen Betäubung die Fahrtüchtigkeit und Reaktionsfähigkeit beeinträchtigt sein können.

**Gesundheitliche Angaben:** ja nein Wenn ja, welche / Details?

Allergien / Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)

Blut-, Herz-, Kreislauferkrankungen

Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV)

Leber-, Lungen-, Nierenerkrankungen

Magen-Darm-Erkrankungen

Nervenerkrankungen

Rheuma / Osteoporose

Schilddrüsenerkrankungen (z.B. Überfunktion)

Tumorerkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes)

Weitere Erkankungen

Frühere Operationen

Neigen Sie zu Nachblutungen?

Nehmen Sie Medikamente, Biophosphonate ein?

Vertragen Sie Anästhetika (Betäubungsmittel)?

Besteht eine Schwangerschaft?

Konsumieren Sie regelm. Zigaretten, Alkohol, Drogen?

Ihr behandelnder Arzt/Hausarzt (Name, Telefon)

Bitte teilen Sie uns unbedingt Änderungen in Ihren Angaben mit. Mit ihrer Unterschrift bestätigen sie die Vollständigkeit und Richtigkeit ihrer hier gemachten Angaben, die Kenntnisnahme aller obigen Informationen und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten zu.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigter