



**Anamnesebogen**

Liebe Patientin, lieber Patient,  
wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert bzw. verarbeitet. Sie unterliegen den strengen Bestimmungen der DSGVO. Sie können Ihre Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten jederzeit widerrufen.

Ihre Zahnärzte im Belgischen Isabel Prochazka & Ines K. Hüster und Team

**Persönliches**

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Arbeit	Telefon Mobil
E-Mail	Beruf	Arbeitgeber

Wünschen Sie eine Terminerinnerung E-Mail  Anruf

**Versicherung**

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Gesetzlich versichert  Privat versichert\*)  Zusatzversicherung   
 Basistarif \*)  Beihilfeberechtigt \*)  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\*)Eine Übernahme der Gesamtkosten ist je nach Versicherung in einigen Fällen nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet.

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	

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

Persönliche Empfehlung  Google  Anzeige/Werbung   
 Im Vorbeigehen  Jameda  Sonstiges

Ihre Notiz \_\_\_\_\_

**Allgemeine Gesundheitssituation**

	ja	nein		ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suchterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
wenn ja, welche	_____				
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
wenn ja, welche	_____				
Sonstige Erkrankungen	_____				



## Infektionskrankheiten

	ja	nein
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	_____	
Nehmen Sie Medikamente ein? wenn ja, welche	_____	
Herz- und Kreislaufmedikamente	_____	
Cortison	_____	
Schmerzmittel	_____	
Antidepressiva	_____	
blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar, Heparin)	_____	
Bisphosphonate	_____	
Sonstige	_____	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger? wenn ja, welche Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann war Ihre letzte Röntgenaufnahme?	_____	

## Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

## Mundgesundheitsituation

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

Vorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/>	Beratung	<input type="checkbox"/>	Schmerzbehandlung	<input type="checkbox"/>
Neuer Zahnersatz	<input type="checkbox"/>	Zweite Meinung	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/> _____

Wann war Ihre letzte zahnärztliche Untersuchung? \_\_\_\_\_

	ja	nein
Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne unzufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie an einer halbjährlich/jährlich professionellen Zahnreinigung (PZR) interessiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher, abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Andernfalls sind wir berechtigt ein Ausfallhonorar zu berechnen.

**Des Weiteren erklären Sie sich nach § 14 Abs. 1 S. 7 UStG damit einverstanden künftige Rechnungen per E-Mail (§14 Abs. 1 S. 2 UStG) zu erhalten, sofern Sie diese nicht direkt nach Erhalt bar oder per EC-Karte in der Zahnarztpraxis begleichen.**

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Allgemein- und Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

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