



## FO Anamnesebogen

Besitzen Sie einen Röntgenpass?  ja  nein  
 Wenn nein, wünschen Sie ggf. die Ausstellung eines Röntgenpasses?  ja  nein

### Für Patientinnen

Sind Sie schwanger?  ja  nein  
 Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

**Wir bitten um Mitteilung, falls während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt.**

### Allgemeinmedizinische Auskünfte

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

**Vertragen** Sie bestimmte Medikamente **nicht**?  ja  nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen sie **blutverdünnende** (gerinnungshemmende) Medikamente?  ja  nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie **allergisch** gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?  ja  nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass?  ja  nein  
 Wenn ja, welche Stoffe sind dort genannt? \_\_\_\_\_

### Leiden oder litten Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?

**Herzerkrankungen** (z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschwäche)  ja  nein  
 Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen **Herzschrittmacher**?  ja  nein  
 Haben Sie eine **künstliche Herzklappe**?  ja  nein

**Kreislaufkrankungen** (z. B. hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall)  ja  nein  
 Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

Änderung: 27.02.2012	Geprüft: (leer)	Freigabe: Dr. B. Weng
von: (leer)	von: (leer)	von: (leer)



## FO Anamnesebogen

**Stoffwechselstörungen** (z. B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen)  ja  nein

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Allergien / Atemwegserkrankungen** (z.B. Neurodermitis, Heuschnupfen, Asthma)  ja  nein

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Gehirn- und Nervenerkrankungen** (z. B. Anfallsleiden, Migräne, Depression)  ja  nein

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Erkrankungen des Bewegungsapparates** (z. B. Rheuma, Gicht)  ja  nein

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Nieren- / Blasen- / Leber- / Magen- /Darmerkrankung** (z. B. Niereninsuffizienz, Gelbsucht)  ja  nein

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Erkrankung des blutbildenden Systems** (z.B. Blutarmut, Bluter)  ja  nein

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Erkrankung der Augen** (z. B. grauer Star, grüner Star)  ja  nein

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

### Leiden oder litten Sie an folgenden Infektionskrankheiten?

HIV (AIDS)  ja  nein

Hepatitis  ja  nein

Tuberkulose (Tbc)  ja  nein

Creutzfeld-Jacob (CJ)  ja  nein

MRSA  ja  nein

Röteln, Mumps, Masern, Scharlach  ja  nein

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

Sonstige Infektionskrankheiten \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig **Alkohol** oder **Drogen** zu sich?  ja  nein

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

### Zahnmedizinische Auskünfte

Änderung: 27.02.2012	Geprüft: (leer)	Freigabe: Dr. B. Weng
von: (leer)	von: (leer)	von: (leer)



## FO Anamnesebogen

Sind Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt worden?  ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Traten bei Ihnen bei einer zahnärztlichen Behandlung Komplikationen auf?  ja  nein

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

Treten bei Ihnen Schmerzen oder Knackgeräusche im Kiefergelenk auf?  ja  nein

Wünschen Sie generell eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?  ja  nein

Bitte teilen Sie uns **Änderungen Ihres Gesundheitszustandes** unaufgefordert mit.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
gesetzlicher Vertreter

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung bzw. nach einer Lokalanästhesie und/oder Medikamentengaben eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns diese Aufklärung durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
gesetzlicher Vertreter

Änderung: 27.02.2012	Geprüft: (leer)	Freigabe: Dr. B. Weng
von: (leer)	von: (leer)	von: (leer)

## FO Anamnesebogen

### Datenschutz / Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)). **Eine Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben wir Ihnen ausgehändigt.** Bitte bestätigen Sie uns den Erhalt der Information durch Ihre Unterschrift.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
gesetzlicher Vertreter

### Hinweise zu unserem Praxisablauf / weitere Vereinbarungen

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vor Terminbeginn, Ihre Verhinderung mitzuteilen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann. Wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihnen anderenfalls gegebenenfalls ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen werden.

### Recall-Service

Um unseren Patienten regelmäßige Kontrolluntersuchungen zu erleichtern, bieten wir die Teilnahme an unserem sogenannten Recall-Service (Erinnerungsservice) an. Sie werden von uns regelmäßig angeschrieben, um Sie an die Vereinbarung eines Kontrolltermins zu erinnern. Sollten Sie **eine / keine Teilnahme** an diesem Service wünschen, vermerken Sie dies bitte hier:

Ich wünsche eine Teilnahme am Recall-Service.

Ich wünsche keine Teilnahme am Recall-Service.

Die Teilnahme am Recall-Service erfordert das Vorliegen einer schriftlichen Einwilligungserklärung in die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu diesem Zweck (Recall). Sie erhalten von uns, sofern

Änderung: 27.02.2012	Geprüft: (leer)	Freigabe: Dr. B. Weng
von: (leer)	von: (leer)	von: (leer)

## FO Anamnesebogen

Sie eine Teilnahme am Recall-Service wünschen, eine **separate Einwilligungserklärung zum Ausfüllen und Unterschreiben**.

### Abtretungsvereinbarung

Aus Gründen der ärztlichen Schweigepflicht und im Interesse eines reibungslosen Ablaufes Ihrer Behandlung und unserer Verwaltung möchten wir sicherstellen, dass Rechtsbeziehungen ausschließlich zwischen unserer Praxis und Ihnen als unserem Patienten und Partner des Behandlungsvertrages bestehen. Aus diesem Grunde bitten wir Sie, nachfolgende Abtretungsvereinbarung zu unterzeichnen.

Sämtliche Ansprüche, die aus dem zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten jeweils getroffenen Behandlungsvertrag resultieren, werden von dem Patienten/Zahlungspflichtigen an Dritte weder abgetreten noch verpfändet.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
gesetzlicher Vertreter

Änderung: 27.02.2012	Geprüft: (leer)	Freigabe: Dr. B. Weng
von: (leer)	von: (leer)	von: (leer)