

ANAMNESEBOGEN



Herzlich willkommen in unserer Praxis!
Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.
Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sehr sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht StGB § 203 und den Bestimmungen des Datenschutzes.

PATIENT

_____	_____	_____
Name, Vorname	Geburtsdatum	Beruf
_____	_____	_____
Versicherter (falls abweichend vom Patienten)	Geburtsdatum	Beruf
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort	
_____	_____	_____
Telefon	Mobil	E-Mail
_____	_____	_____
Krankenkasse	Zusatzversicherung	

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Presse Social Media Website sonstige/auf Empfehlung von _____

FOLGENDE FRAGEN BITTE SORGFÄLTIG DURCHLESEN UND ZUTREFFENDES ANKREUZEN

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie einen ästhetischen Wunsch (z. B. Zähne aufhellen, Füllungen austauschen)? | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Hatten Sie schon einmal eine Parodontosebehandlung? | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Haben Sie gelegentlich bis häufig Zahnfleischbluten oder bemerken Sie Zahnbewegungen? | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Hatten Sie schon einmal eine professionelle Zahnreinigung? | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Haben Sie Schmerzen im Kieferbereich oder pressen/knirschen Sie mit den Zähnen? | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |

Name Ihres behandelnden Arztes/Hausarztes _____

- Bitte beachten Sie, dass Sie nach der Gabe von Lokalanästhetika nicht verkehrstüchtig sind
- Bitte haben Sie Verständnis, dass wir eine Begleichung von Zuzahlungsrechnungen unter 100 EUR gleich nach Behandlungsende wünschen, um den Verwaltungsaufwand zu minimieren
- Ich bin damit einverstanden, dass für diagnostische und therapeutische Zwecke Fotos, Intraoralaufnahmen und Röntgenaufnahmen an das zahntechnische Fremdlabor weitergeleitet werden
- Bitte informieren Sie uns mindestens 24 h vorher, sollten Sie einen Termin nicht einhalten können
- Ich bin darüber informiert, dass im Falle von Abwesenheit bzw. Urlaub meines behandelnden Zahnarztes in dringenden Behandlungsfällen/Notfällen die Behandlung vom jeweiligen anderen Zahnarzt aus der Praxis Dr. Lex übernommen wird
- Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben genannten Angaben

Datum, Ort

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters

DR. RÜDIGER LEX
Zahnarztpraxis

A Keltenstraße 3
86836 Untermeitingen

T 08232 4360
F 08232 77360

LEX-ZAHNMEDIZIN.DE

Bitte wenden

GESUNDHEITSFragen (Name, Geburtsdatum)



LEIDEN SIE DERZEIT ODER LITTEN SIE JEMALS AN EINER DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

HERZ/KREISLAUF

JA NEIN

- Herzfehler
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzmuskelentzündung Herzklappenentzündung
- Künstliche Herzklappe
- Herzschrittmacher
- Hoher Blutdruck Niedriger Blutdruck

sonstige: _____

ATEMWEGE/LUNGE

JA NEIN

- Asthma
- Tuberkulose
- Schlafapnoe/Schnarchen

sonstige: _____

LEBER

JA NEIN

- Hepatitis A B C

sonstige: _____

STOFFWECHSEL

JA NEIN

- Diabetes mellitus Typ I Typ II

sonstige: _____

SKELETTSYSTEM

JA NEIN

- Bandscheibenbeschwerden
- Fibromyalgie

sonstige: _____

NERVEN/GEMÜT

JA NEIN

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Psychische Probleme

sonstige: _____

BLUT/GEFÄSSE

JA NEIN

- Gerinnungsstörungen
- Schlaganfall

sonstige: _____

AUGEN

JA NEIN

- Grüner Star/Glaukom

sonstige: _____

ALLERGIE UND ODER ÜBEREMPFINDLICHKEIT GEGEN

JA NEIN

- Medikamente
- Latex – z. B. Gummihandschuhe

sonstige: _____

IMMUNSCHWÄCHE DURCH

JA NEIN

- Zustand nach Organtransplantation
- HIV/AIDS

sonstige: _____

KNOCHEN

JA NEIN

- Einnahme von Bisphosphonaten
- Osteoporose

sonstige: _____

HABEN SIE WEITERE ERKRANKUNGEN/EINSCHRÄNKUNGEN?

welche: _____

SIND SIE SCHWANGER?

JA NEIN

Welche Schwangerschaftswoche? _____

RAUCHEN SIE?

JA NEIN

Wie viel durchschnittlich? _____

GERINNUNGSHEMMENDE MEDIKAMENTE

JA NEIN

welche: _____

SONSTIGE MEDIKAMENTE

JA NEIN

welche: _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben genannten Angaben. Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu und wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder mündlich widerrufen kann. (Art.7 Abs.3 DSGVO)

Datum, Ort

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters