



Liebe Patienten,

um eine vertrauensvolle und risikoarme Behandlung für Sie als auch für uns durchführen zu können, sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen. Wir bitten Sie daher diesen Anamnesebogen vollständig sowie wahrheitsgemäß und gut leserlich auszufüllen. Vielen Dank.

**Patient**

Herr/Frau

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Anschrift

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie versichert? Gesetzlich  Privat  Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung Ja  \_\_\_\_\_ Nein

Was ist die Ursache für Ihren Zahnarztbesuch? Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt?

\_\_\_\_\_

Wurden in den letzten zwei Jahren Röntgenbilder angefertigt? Ja  Nein

Praxis: \_\_\_\_\_

**Allgemeine Angaben**

Leiden Sie unter Mundgeruch? Ja  Nein

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? Ja  Nein

Haben Sie häufig Kopf- oder Nackenschmerzen? Ja  Nein

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? Ja  Nein

Rauchen Sie? Ja  Nein

Sind/ waren Sie Alkohol - Drogen- oder Medikamentenabhängig? Ja  Nein

**Besteht eine Schwangerschaft?** Ja  Nein

SSW: \_\_\_\_\_

## Haben Sie Erkrankungen?

Asthma/Atemnot	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Augenerkrankung(graauer Star)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
COPD	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Gelbsucht, Hepatitis (A/B/C)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Immunschwäche (HIV/AIDS)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Diabetes	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher/Herzklappe	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Osteoporose	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Tumorerkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
		Operationen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?

---

Nehmen Sie Medikamente, wenn ja welche und für was?

---

Wie heißt Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Medikamentenplan? Ja  Nein

## Individualprophylaxe

Haben Sie Interesse an einer professionellen Zahnreinigung? Ja  Nein

Möchten Sie an Ihren nächsten Kontrollbesuch erinnert werden? Ja  Nein

## Lachgassedierung

In unserer Praxis bieten wir für Kinder ab 5 Jahren und Erwachsene die Lachgassedierung an. Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich gern an unser Team (Kosten ab 70,00€).

## Datenschutz

Im Rahmen Ihrer Behandlung werden von uns Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versicherungsstatus und Ihrem Gesundheitszustand erhoben und gespeichert. Dies erfolgt nach den geltenden Datenschutzgesetz (DSGVO), welche Sie an der Rezeption einsehen können.

Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

## Terminversäumnisse

**Wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, bitten wir Sie um rechtzeitige, mind. 24h vorherige Benachrichtigung, damit diese Zeit an andere Patienten vergeben werden kann. Andernfalls behalten wir uns vor, Ihnen ein Ausfallhonorar zu berechnen.**

---

Dresden, den

---

Unterschrift des Patienten /gesetzlicher Vertreter