

# ANAMNESEBOGEN

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Für dieses Vertrauen bedanken wir uns schon jetzt. Bevor es jedoch um Ihre Zähne geht, bitten wir Sie um einige Auskünfte zu Ihrem Gesundheitszustand. Diese Informationen sind wichtig für eine schonende und risikoarme Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

## ANGABEN ZUR PERSON

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geb.-Datum:** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_ **Handy:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Kasse:**  gesetzlich  gesetzlich mit Zusatzversicherung  privat  Beihilfe  Basistarif

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Wie haben Sie zu uns gefunden?**  Internet  an der Praxis vorbeigekommen  Empfehlung von: \_\_\_\_\_

**Warum kommen Sie zu uns?**

<input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung	<input type="checkbox"/> Füllungen / Inlays	<input type="checkbox"/> Kiefergelenksprobleme
<input type="checkbox"/> Prophylaxe	<input type="checkbox"/> Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/> Zahnaufhellung
<input type="checkbox"/> Behandlung in Hypnose	<input type="checkbox"/> Zahnersatz	<input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten
<input type="checkbox"/> sonstiges: _____		

## ALLGEMEINERKRANKUNGEN:

### Leiden Sie an:

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Glaukom	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Blutungsneigung
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Blutdruckprobleme	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/> Depression
<input type="checkbox"/> Anfallsleiden/Epilepsie	<input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung	<input type="checkbox"/> Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> Blutarmut/Anämie
<input type="checkbox"/> Herzschwäche	<input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Chronische Bronchitis

Leiden Sie an Allergien?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA, gegen:	_____
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	_____
Haben Sie einen Herzpass?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	_____
Haben Sie ein künstliches Hüftgelenk/Kniegelenk?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA, seit wann	_____
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	_____
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA, diese:	_____
Leiden Sie an ansteckenden Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA, an:	_____
Bluten Sie leicht nach Verletzungen/Operationen?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	_____
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA, circa:	_____ Zigaretten pro Tag
Hatten Sie einen Schlaganfall?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	_____
Hatten Sie einen Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	_____
Haben Sie einen Pflegegrad/Behindertenausweis?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA, Pflegegrad:	_____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA, diese:	_____
			_____
			_____
			_____

**Sind Sie schwanger?**  NEIN  VIELLEICHT  JA, Entbindungstermin: \_\_\_\_\_

**BITTE WENDEN** 

## ZAHNÄRZTLICHE VORGESCHICHTE:

Wurden in den letzten zwei Jahren Röntgen-  
aufnahmen Ihrer Zähne angefertigt?

NEIN  JA, bei: \_\_\_\_\_

Wurde in den letzten zwei Jahren Zahnersatz  
eingegliedert?

NEIN  JA

Gab es jemals Probleme bei der Betäubung?

NEIN  JA

---

### Sonstige Angaben / weitere Medikamente etc.:

---

---

---

---

---

**JA**, ich möchte an die fälligen Kontrolluntersuchungen erinnert werden.

Es besteht kein Anspruch auf Erinnerung. Für die Durchführung der regelmäßigen Kontrollen bin ich selbst verantwortlich.

---

### EIN WICHTIGER HINWEIS:

In unserer Praxis besteht ein Bestellsystem. Um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen, wird ein Termin extra für Sie reserviert. Bei aufwändigen Behandlungen kann dieser auch einmal eine Stunde und mehr einnehmen. Wir sind dafür jedoch auf Ihre Mitarbeit angewiesen: Sollten Sie einen vereinbarten Termin einmal nicht wahrnehmen können, ist eine Absage mindestens 24 Stunden vor dem Termin zwingend erforderlich, damit wir die freiwerdende Zeit an einen anderen Patienten vergeben können.

*Bei Terminabsagen weniger als 24 Stunden vor Terminbeginn ist die Praxis Dr. Seligmann berechtigt, Ihnen die entstandenen Kosten in Rechnung zu stellen.*

Ich wurde über das Bestellsystem der Praxis informiert.

Ich versichere, die obenstehenden Angaben zu meinem Gesundheitszustand nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Über Veränderungen meines Gesundheitszustandes werde ich meinen Zahnarzt unaufgefordert in Kenntnis setzen.

Berlin, den \_\_\_\_\_

(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten)

---

Seit dem 22. November 2019 hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine Änderung der Qualitätsprüfungs-Richtlinie erlassen. Das bedeutet, dass einmal jährlich die Kassenzahnärztliche Vereinigung eine Übersicht erstellen muss.

Bitte beachten Sie, dass Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden können. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link:

<https://g-ba.de/beschluesse/4036>