

# Herzlich Willkommen in unserer Praxis

## Patientenanamnese



Zahnarztpraxis  
**Dr. PREIBLER**

Name ..... Vorname ..... geb. am .....

Anschrift .....

Tel. privat ..... Arbeit ..... Mobil .....

Beruf ..... Arbeitgeber ..... Hausarzt .....

Krankenkasse ..... Zusatzversicherung ja  nein  Basistarif ja  nein

### Leiden Sie an folgenden Erkrankungen (bitte ankreuzen):

Herz-Kreislauf	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Diabetes	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Schilddrüsen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Leber	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Nieren	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Allergien	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Nervensystem	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	TBC	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Hepatitis	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	AIDS/HIV	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Bluterkrankungen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>			
sonst. Erkrankungen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Wenn ja, welche?	.....	

### Medikamente und allgemeine Informationen (bitte ankreuzen, ggf. ausfüllen):

Nehmen Sie Medikamente ein? ja  nein  Welche? .....

Nehmen Sie Bisphosphonate ein? ja  nein  Welche? .....

Medikamentenunverträglichkeit? ja  nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja  nein  Monat: .....

Rauchen Sie? ja  nein

Wann wurden zum letzten Mal Ihre Zähne geröntgt? .....

Hatten Sie Komplikationen nach Betäubungsspritzen, Zahnentfernung oder sonstige Behandlungsmaßnahmen? ja  nein

Wer hat Ihnen unsere Praxis empfohlen? .....

Bitte informieren Sie uns wenn sich Änderungen bei den Antworten zur Anamnese ergeben haben. Lassen Sie sich bitte den Anamnesebogen wieder vorlegen um die Angaben zu ändern. **Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist.** Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie auch für sich bzw. Ihren Angehörigen in die elektronische Datenverarbeitung unserer Praxis gemäß dem Merkblatt „Aufklärung zur Datenverarbeitung gemäß DSGVO“ ein. Das Merkblatt wird Ihnen zur Einsicht ausgehändigt, auf Wunsch erhalten Sie einen Ausdruck.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum ..... Unterschrift .....

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die gesamte Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (d. h. möglichst 48 Std. vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten dürfen und können nach §615 Satz BGB § 287 ZPO berechnet werden.