

# Praxis für Zahnheilkunde



Dr. Moritz Weber

Ästhetische Zahnmedizin

Winkelstraße 26 77974 Meißenheim Tel: 07824/66582 Fax: 07824/66583 www.weber-za.de

## Anamnesebogen Seite 1

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden absolut vertraulich behandelt. Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die Mitarbeiterin an der Rezeption. Vielen Dank.

Wir bitten Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, **spätestens 24 Stunden vorher abzusagen**, da ansonsten die entstehenden Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Sind Sie gesetzlich krankenversichert, erhalten Sie eine Privatrechnung, wenn die Versichertenkarte nicht innerhalb von 10 Tagen vorgelegt wird.

### Patient

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Telefon/mobil

PLZ, Ort

### Mitglied/

### Zahlungspflichtiger

Name, Vorname

Geburtsdatum

### Beruf

### Versicherung

Privat

Privat/Basistarif

Gesetzlich

Zusatzversicherung

Name des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Bitte lesen Sie alle Fragen und kreuzen Sie sie an:

Sind bei Ihnen folgende Krankheiten/Symptome aufgetreten? (gegebenenfalls einkreisen)

	Ja	Nein
1. Schlaganfall _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Herzinfarkt _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Herzoperation oder Herzklappenersatz _____ wenn ja, wann: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Endokarditis _____ wenn ja, wann: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Herzschrittmacher _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Schilddrüsenerkrankung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Osteoporose _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Rheuma _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hoher Blutdruck _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Stoffwechselkrankheiten oder Diabetes? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tumore oder bösartige Krankheiten? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Epilepsie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Asthma / Lungenerkrankungen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. HIV / AIDS _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hepatitis <input type="checkbox"/> A / <input type="checkbox"/> B / <input type="checkbox"/> C _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Drogenabhängigkeit wenn ja, was: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Anamnesebogen Seite 2

	Ja	Nein
18. Nierenerkrankungen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Grüner Star _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Allergien bzw. Unverträglichkeiten wenn ja, was: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Rauchen Sie? wenn ja: <input type="checkbox"/> 1-10 Zig / Tag <input type="checkbox"/> > 10 Zig / Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Knirschen oder Pressen Sie nachts? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Schnarchen Sie nachts? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Creutzfeld-Jakob-Krankheit oder eine Variante dieser Krankheit _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein? _____ wenn ja, was: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Andere hier nicht aufgeführte Erkrankungen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. aktuell ein? Medikamentenplan vorhanden?

---

Möchten Sie ca. zwei Tage vor Ihrem Termin in der Praxis per SMS von uns an diesen erinnert werden?

ja  nein

Möchten Sie in unseren Recall aufgenommen werden? Falls Sie in einem Jahr noch keine Kontrolluntersuchung hatten, können wir Sie per SMS darauf aufmerksam machen. Dies ist wichtig für die Zahngesundheit aber auch für das Bonusheft der Krankenkassen.

ja  nein

Hierzu benötigen wir zwingend Ihre Handynummer

.....

### Für Neupatienten:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

.....

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der obigen Angaben. Des Weiteren erteile ich eine datenschutzrechtliche Einwilligung in die Speicherung der personenbezogenen Daten meines Kindes und mir durch die Praxis und zu Zwecken der Qualitätssicherung. Diese Zustimmung kann jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen werden (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).**

Meißenheim, den

Ort, Datum

Unterschrift