



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

vielen Dank, dass Sie sich Zeit nehmen, diesen Bogen auszufüllen. Um bei Ihrer Behandlung alle Risiken einschätzen zu können und die für Sie optimale Therapie zu wählen, beantworten Sie uns bitte die folgenden Fragen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name/Vorname Geburtsdatum

Straße/Hausnummer PLZ/Ort

Telefon (privat) Telefon (beruflich) Telefon (mobil)

E-Mail Beruf

Krankenkasse Bonusanspruch

- gesetzlich versichert Zusatzversicherung freiwillig versichert
 privat versichert Basistarif Beihilfe

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name/Vorname Geburtsdatum

Straße/Hausnummer PLZ/Ort

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name/Vorname Ort Telefon

Organisatorisches

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn so früh wie möglich ab. Andernfalls behalten wir uns vor, Ihnen die nicht genutzte Zeit in Höhe des Honorars zu berechnen, das für die termingerechte Behandlung angefallen wäre.

Mirja Siepen

Zahnärztin

Elisabethstraße 2 | 40217 Düsseldorf
Tel 0211 382668 | Fax 0211 30155589

info@zahnarztpraxis-am-kaiserteich.de
www.zahnarztpraxis-am-kaiserteich.de



Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfohlen von _____
- Internet Telefon-/ Branchenbuch
- Sonstiges _____

Möchten Sie an unserem halbjährlichen Erinnerungsdienst teilnehmen? Ja Nein

Wenn ja, wie möchten Sie von uns erinnert werden? per Post per E-Mail telefonisch

Angaben zur Gesundheit

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? Ja Nein _____

Sind bei Ihnen Zahnlockerungen aufgetreten? Ja Nein _____

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Parodontitisbehandlung durchgeführt? Ja Nein _____

Schnarchen Sie? Ja Nein _____

Leiden Sie unter Tagesmüdigkeit und/oder Sekundenschlaf? Ja Nein _____

Knirschen Sie mit den Zähnen? Ja Nein _____

Sind Geräusche im Bereich des Kiefergelenks aufgetreten? Ja Nein _____

Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? Ja Nein _____

Tragen Sie eine Aufbiss- oder Schnarchschiene? Ja Nein _____

Empfinden Sie Angst vor der Behandlung? Ja Nein _____

Haben Sie manchmal einen Metallgeschmack im Mund? Ja Nein _____

Haben oder hatten Sie jemals eine der folgenden Krankheiten?

- Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten? Ja Nein _____
- Anfallsleiden (Epilepsie)? Ja Nein _____
- Atemwegserkrankungen (Asthma, Atemnot etc.)? Ja Nein _____
- Glaukom (erhöhter Augendruck) Ja Nein _____
- Blutgerinnungsstörungen (z.B. durch Marcumar, Heparin, ASS etc.) Ja Nein _____

Mirja Siepen

Zahnärztin

Elisabethstraße 2 | 40217 Düsseldorf
Tel 0211 382668 | Fax 0211 30155589

info@zahnarztpraxis-am-kaiserteich.de
www.zahnarztpraxis-am-kaiserteich.de



• Herz-Kreislaufkrankung (Infarkt, Angina pectoris, Schrittmacher etc.) Ja Nein

• Hoher Blutdruck? Ja Nein _____

• Niedriger Blutdruck? Ja Nein _____

• Infektionserkrankungen (HIV, Hepatitis etc.)? Ja Nein _____

• Schilddrüsenerkrankungen? Ja Nein _____

• Rheuma? Ja Nein _____

• Osteoporose? Ja Nein _____

• Niereninsuffizienz? Ja Nein _____

• Diabetes? Ja Nein _____

• Andere Erkrankungen? Ja Nein _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? Ja Nein _____

Wurden Sie im vergangenen Jahr operiert? Ja Nein _____

Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher Woche sind Sie? Ja Nein _____

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein _____

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele am Tag? Ja Nein _____

Wurden Sie in den vergangenen 2 Jahren im Kopf-/ Halsbereich geröntgt? Ja Nein

Allgemeines

Möchten Sie über ein spezielles Themengebiet informiert werden? Ja Nein

Haben Sie Interesse an einer professionellen Zahnreinigung? Ja Nein _____

Haben Sie Interesse an hochwertigen, zahnfarbenen Füllungstherapien? Ja Nein

Haben Sie Interesse an einer Implantatversorgung? Ja Nein _____

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Falls sich etwas an meinem Gesundheitszustand ändert, teile ich es Ihnen umgehend mit.

Sollte ich an Ihrem Recall-Service teilnehmen, stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort/Datum

Unterschrift

Mirja Siepen

Zahnärztin

Elisabethstraße 2 | 40217 Düsseldorf

Tel 0211 382668 | Fax 0211 30155589

info@zahnarztpraxis-am-kaiserteich.de

www.zahnarztpraxis-am-kaiserteich.de