

ANAMNESEBOGEN

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Vielen Dank für Ihren Besuch. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Bitte beachten Sie: Betäubungsmittel und Lokalanästhetika (Injektionen) können Ihre Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.



Zahnarztpraxis
im Leinetal

Dr. Pia Bodenburg

Im Bache 23 | 37120 Bovenden
Tel. 0551 8075

info@zap-leinetal.de
www.zap-leinetal.de

Patientin/Patient	Name	Vorname	Geburtsdatum
Mitglied	Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	Straße/Hausnr.		PLZ/Ort
	Tel. Festnetz		Tel. Mobil
	E-Mail		
	Arbeitgeber		Beruf
	Krankenkasse		

1. Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ☐ ja ☐ nein

Warum?

Hausarzt

Bisheriger Zahnarzt

2. Haben Sie zu hohen Blutdruck? ☐ ja ☐ nein

3. Haben Sie zu niedrigen Blutdruck? ☐ ja ☐ nein

4. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar, ASS, Eliquis)? ☐ ja ☐ nein

BITTE WENDEN →

5. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?

	ja	nein		ja	nein
Herzklappenfehler oder Herzklappenprothesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzschrömmacher/Defibrillator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Koronare Herzkrankheit/Angina Pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige Herzerkrankungen:					

6. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

7. Haben/hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

	ja	nein		ja	nein
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkrankungen des Blutes		
• insulinpflichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(z.B. Blutgerinnungsstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• HbA1c-Wert			Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie (Anfallsleiden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansteckende Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> HIV positiv		
Neurodermitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere ansteckende Krankheiten:		
Asthma/Lungenerkrankungen/COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Nierenerkrankung/Dialysepatient/-in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien bzw. Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Penicillin <input type="checkbox"/> Jod <input type="checkbox"/> Ibuprofen <input type="checkbox"/> Latex			Wurde bei Ihnen eine Chemotherapie oder Bestrahlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Allergien bzw. Unverträglichkeiten:			Wurde bei Ihnen eine Behandlung mit Bisphosphonaten durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Andere Erkrankungen, die NICHT aufgeführt sind:

9. Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja: Anzahl der Zigaretten pro Tag

☐ E-Zigarette

☐ Snus

10. Haben Sie in den letzten 2 Jahren ein künstliches Gelenk erhalten? ☐ ja ☐ nein

Wann? Welches?

11. Haben Sie regelmäßig Kopfschmerzen? ☐ ja ☐ nein

12. Hatten Sie jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen? ☐ ja ☐ nein

13. Haben Sie Angst vor der Behandlung? ☐ ja ☐ nein

14. Wann wurden Sie zum letzten Mal zahnärztlich geröntgt? Datum (ungefähr)

15. Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? ☐ ja ☐ nein

16. Möchten Sie an unserem Recall-System teilnehmen? ☐ ja ☐ nein

17. Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? ☐ ja ☐ nein

18. Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

.....

► **Bitte beachten Sie:**

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte mindestens 24 Stunden vorher ab.
Bei unentschuldigtem Nicht-Erscheinen behalten wir uns vor, Ihnen ein Ausfallhonorar in Höhe von 50 Euro privat
in Rechnung zu stellen!

.....
Datum

.....
Unterschrift Patientin/Patient

.....
Datum

.....
Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt



BITTE WENDEN →

PATIENTIN/PATIENT

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße/Hausnr.

PLZ/Ort



Zahnarztpraxis
im Leinetal

Dr. Pia Bodenburg

Im Bache 23 | 37120 Bovenden
Tel. 0551 8075

info@zap-leinetal.de
www.zap-leinetal.de

DSGVO

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSKLÄRUNG

**FÜR DIE VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER
PATIENTENDATEN GEMÄSS ART. 6, 7 ABS. 1 LIT A DSGVO**

ICH STIMME HIERMIT DER SPEICHERUNG MEINER PERSONENBEZOGENEN DATEN FÜR DEN ZWECK:

- Patientenkartei
- Anamnesebogen
- Einwilligungen in zahnärztliche und zahnärztlich-chirurgische Behandlungen
- Röntgenaufnahmen
- Prophylaxe-Recall
- Kontaktaufnahme (telefonisch, eMail, postalisch)
- Erinnerungsservice durch die Zahnarztpraxis im Leinetal zu.

DES WEITEREN STIMME ICH DER WEITERGABE AN UND KONSILIARISCHEN ERÖRTERUNG DIESER DATEN MIT:

- Ärztliche/n und zahnärztliche/n Kollegen
- Physiotherapeuten
- Dentallabore/n
- Krankenkassen durch die Zahnarztpraxis im Leinetal zu.

Gleichzeitig erkläre ich mich damit einverstanden, dass für die Behandlung erforderlichen Befundunterlagen und Röntgenaufnahmen von ärztlichen und zahnärztlichen Kollegen, Physiotherapeuten und Dentallaboren durch die Zahnarztpraxis im Leinetal angefragt werden dürfen.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch eMail 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 Patientin/Patient

