

## Anamnesebogen zur Erstanmeldung (Erwachsene)

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen!

Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen sorgfältig auszufüllen. Bei Fragen helfen wir gerne. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ergebnisse zu einem späteren Zeitpunkt Änderungen an Ihren Aussagen, bitten wir Sie, uns diese mitzuteilen.

Wir bedanken uns für Ihre Bemühung.

### Zu Ihrer Person:

Vorname				Nachname			
Geburtstag							
Straße, Nr.				PLZ Wohnort			
Beruf				Arbeitgeber			
Telefon privat				Telefon berufl.			
Mobil				E-Mail			
Versicherung	Privat	Gesetzlich			Name		
Hausarzt (Vor- und Zuname)							
Liegt ein Pflegegrad §15 SGB V/ Eingliederungshilfe § 53 SGB XII vor?				Ja	Nein		
Wenn ja, welcher?							
Schwerbehindertenausweis vorhanden?				Ja	Nein		
Gesetzlich versicherte Patienten: Haben Sie eine Zusatzversicherung?				Ja	Nein		
Neuaufnahme in unser Erinnerungssystem (Recall/Termine):				Ja	Nein		
Bestehendes Erinnerungssystem beibehalten (Recall/Termine):				Ja	Nein		
Wie dürfen wir Sie erinnern (Recall/Termine)? Bitte auswählen:				Post	SMS	E-Mail	
Tragen Sie einen Zahnersatz?				Ja	Nein		
Alter des vorhandenen Zahnersatzes							
Bonusheft vorhanden?				Ja	Nein		

*Zur leichteren Bearbeitung bezüglich Krankenkassenzuschuss legen Sie uns bitte, wenn vorhanden, ihr Bonusheft vor!*

Knirschen Sie? Ja Nein

Was ist Ihr Hauptanliegen? Wünschen Sie eine besondere/spezielle Beratung? Wenn ja, worüber?

<b>Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?</b>	<b>Einnahme von Medikamenten? Welche?</b> Bitte eintragen oder <b>Medikamentenplan</b> vorlegen!	
Haben Sie zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck?	Ja	Nein
Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? (z.B. Herzschrittmacher, bakterielle Endokarditis, Herzklappenersatz, angeborene oder erworbene Herzfehler/ Herzklappenfehler, Herzrhythmusstörung, koronare Herzkrankheit, ...)	Ja	Nein
Hatten Sie im letzten Jahr eine Operation?	Ja	Nein
Künstlicher Bluter (z.B. Xarelto, Lixiana, ASS, Efient, Eliquis, Pradaxa, Plavix, Brilique, Iscover, ...)	Ja	Nein
Haben Sie eine Schilddrüsenunter- oder überfunktion?	Ja	Nein
Allergien? Unverträglichkeiten ? Wenn ja, welche Art? (z.B. Heuschnupfen, Medikamente) • Sind bei früheren zahnärztlichen Behandlungen Unverträglichkeiten aufgetreten? • bitte Allergiepass vorlegen!	Ja	Nein
Diabetes	Ja	Nein
Nierenerkrankung	Ja	Nein
Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	Ja	Nein
Atemwegserkrankung (z.B. Asthma)	Ja	Nein
Haben oder hatten Sie eine Tumorerkrankung? Wenn ja, welche?	Ja	Nein
Haben Sie in der Vergangenheit Bisphosphonate erhalten? (bei Osteoporose, Knochenkrebs)	Ja	Nein
Infektionserkrankung (z.B. Hepatitis, Gelbsucht, AIDS, ...)	Ja	Nein
Nervenerkrankung (z.B. Depressionen)	Ja	Nein
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel täglich?	Ja	Nein
Drogenkonsum? Wann? Welche Droge?	Ja	Nein
Besteht eine Schwangerschaft?	Ja	Nein
Bestehen z. Zt. sonstige Erkrankungen?	Ja	Nein

## Datenschutz

Ich stimme hiermit der Verarbeitung 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).

Die Datenschutzverordnung der Praxis kann auf Wunsch eingesehen werden.

Datum

Bitte speichern Sie dieses PDF-Formular auf Ihrem Computer, füllen es aus und senden es anschließend per E-Mail an [kontakt@beierlein-zahn.de](mailto:kontakt@beierlein-zahn.de).