

# ANAMNESEBOGEN



## Persönliche Angaben

**Patient** Herr / Frau Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

**Hauptversicherter** Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_  
(falls abweichend vom Patienten)

**Kontaktdaten** Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Tel. (Privat) \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Tel. (Arbeit) \* \_\_\_\_\_ E-Mail \* \_\_\_\_\_

**Beruf** \* \_\_\_\_\_ **Arbeitgeber** \* \_\_\_\_\_

**Krankenkasse** \_\_\_\_\_  beihilfeberechtigt  zusätzlich versichert  
 freiwillig versichert  privat versichert

**Hausarzt** \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_



## Fragen zur Gesundheit

	ja	nein		ja	nein
Herzschrittmacher / künstliche Herzklappen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magen-/ Darmerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ohnmachtsneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marcumar / ASS / Gerinnungshemmer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osteoporose / Arthrose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutungsneigung / Bluterkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tuberkulose (TBC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glaukom (grüner Star)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Sonstige Erkrankungen**  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Allergien**  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?** \_\_\_\_\_

**Reagieren Sie auf bestimmte Medikamente empfindlich?**  ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Sind Sie Raucher?**  ja  nein Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? \_\_\_\_\_

### Für unsere weiblichen Patienten

Sind Sie schwanger?  ja  nein Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

**Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung?**  ja  nein Wenn ja, aus welchem Grund \_\_\_\_\_

Bei welchem Arzt (Name, Ort) \_\_\_\_\_ Seit wann \_\_\_\_\_



### Sonstige Fragen \*

#### Grund Ihres Besuchs

- Kontrolluntersuchung     
  Zähneknirschen     
  Kopf-/ Nackenschmerzen     
  Kiefergelenkbeschwerden  
 Zahnfleischbluten     
  Zahnschmerzen     
  Migräne     
  Mundgeruch / Mundtrockenheit

andere Beschwerden \_\_\_\_\_

#### Was dürfen wir bei Ihrem Besuch besonders berücksichtigen?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen     ja     nein    Sonstiges \_\_\_\_\_

Starker Würgereiz                                     ja     nein

Starke Schmerzempfindlichkeit                 ja     nein

#### Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Lächeln?

Zahnfarbe             1     2     3     4     5

Zahnstellung         1     2     3     4     5

Zahnfleisch           1     2     3     4     5

Legende:

1 = sehr unzufrieden / 2 = unzufrieden / 3 = mäßig zufrieden /

4 = zufrieden / 5 = sehr zufrieden

#### Wünschen Sie eine Beratung über Methoden zur Verschönerung Ihres Lächelns?

nein

- ja, ich wünsche eine Beratung über   
  Professionelle Zahnreinigung   
  schönere Zähne/Lächeln   
  Implantat  
 Amalgamentfernung                     
  Zahnaufhellung/Bleaching

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_



### Einwilligungserklärung durch den/die Patient/in und des/der Versicherungsnehmers/in für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Ich/wir stimme/n hiermit der Speicherung meiner/unserer personenbezogenen Daten für den Zweck der Aufnahme einer Patientenakte im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung durch die Zahnarztpraxis Yonca Kayar zu.

Ich/wir bin/sind darauf hingewiesen worden, dass ich/wir diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann/können (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir/uns ist bekannt, dass mein/unser 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 Patient/in bzw. gesetzl. Vertreter/in



### Unser Recall-System\*

Ich möchte den „Recall-Service“ Ihrer Praxis in Anspruch nehmen, dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen an einen Untersuchungstermin per  Brief     E-Mail

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in bzw. gesetzl. Vertreter/in