



Persönliche Daten

Name:.....
Beruf:.....
Telefon (privat und mobil):.....
E-Mail-Adresse:.....
Geburtsort:.....
Hausarzt:.....

Anamnese

1. Allgemeines:

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte

Alter:.....
Größe:.....
Gewicht:.....

Geschlecht: **m w d**

bei (w): Könnten Sie schwanger sein? **Ja**..... **Nein**
(Wenn ja, in welcher Woche / welchem Monat?)

Stillen Sie? **Ja**..... **Nein**

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? (Hausarzt).....

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?.....

Wann wurden die letzten Röntgenbilder im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich erstellt?.....

Haben Sie aktuell Schmerzen im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich?
Ja (Wo? Wie lange?) **Nein**

2. Konsum und Medikamente:

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? **Ja**..... **Nein**

Rauchen Sie? **Ja** (wie viele Zigaretten am Tag?)..... **Nein**

Konsumieren Sie Drogen? **Ja** (welche?)..... **Nein**

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? **Ja** (welche?)..... **Nein**

Besonders von Bedeutung: blutgerinnungswirksame Mittel wie Aspirin®/ASS, Heparin, Marcumar®, Plavix®, Herz-, Kreislaufmedikamente, Bisphosphonate, Cortison (Kortikoide), Schmerzmittel, Antidepressiva

3. Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

3.1. Infektionskrankheiten

Hepatitis **Ja** (welcher Typ? A / B / C) **Nein**

Tuberkulose (Tbc)? **Ja**..... **Nein**

HIV-Infektion (AIDS)? **Ja**..... **Nein**

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit **Ja**..... **Nein**

Andere Infektionskrankheiten? **Ja** (bitte angeben)..... **Nein**



3.2. Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Herzschwäche, Herzinfarkt?	Ja (wann).....	Nein
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	Ja	Nein
Herzfehler?	Ja	Nein
Endokarditis?	Ja	Nein
Erhöhter Blutdruck?	Ja	Nein
Niedriger Blutdruck?	Ja	Nein
Andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen?	Ja	Nein

(bitte angeben)

3.3. Erkrankungen des Blutes

Gerinnungsstörungen / Thrombose / Embolie? (z. B. Schlaganfall)	Ja	Nein
Leicht entstehende blaue Flecken/ häufiges Nasenbluten?	Ja	Nein
Blutarmut (Anämie)?	Ja	Nein
Porphyrie?	Ja	Nein

3.4. Weitere Erkrankungen:

Glaukom.....	Ja	Nein
Allergien, Arzneimittelunverträglichkeiten oder Überempfindlichkeiten Wenn ja, wogegen:	Ja	Nein
Asthma, andere Bronchen- oder Lungenerkrankungen? Wenn ja, welche:	Ja	Nein
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)? Wenn ja, letzter HB1c-Wert:	Ja	Nein
Magen-, Darm-, Leber- oder Nierenerkrankung? Wenn ja, welche:	Ja	Nein
Erkrankungen der Knochen/Gelenke: Gicht, Rheuma, Osteoporose etc.? Wenn ja, welche:	Ja	Nein
Schilddrüsenerkrankungen Wenn ja, welche:	Ja	Nein
Krebserkrankungen Wenn ja, welche:	Ja	Nein
Neurologische Erkrankungen: Neuropathie, Epilepsie, Demenz, Parkinson etc. Wenn ja, welche:	Ja	Nein

3.5. Frühere Operationen

Kam es bei früheren Operationen zu Komplikationen wie Ohnmacht, Gerinnungsstörungen, verzögerter Heilung, Abszessen/Eiterungen/Fisteln oder sonstige Besonderheiten?

Ja **Nein**

Wenn ja, welche:



4. Was führt Sie in unsere Praxis?

(Textfeld / Freitext)

.....
.....

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- Zahnreinigung
- Zahnaufhellung
- Ästhetische Korrekturen der Zähne
- Behandlung von Zahnfleischerkrankungen
- Füllungstherapie (Mehrschichttechnik, Inlays)
- Wurzelbehandlung
- Zahnersatz
- Schienentherapie bei Kieferschmerzen
- Entfernung der (Weisheits-)Zähne
- Implantate
- Sonstiges:.....

5. Wie haben Sie uns gefunden?

- Internetsuche
- Telefonbuch/Gelbe Seiten
- Presse (Anzeige/Zeitung)
- Homepage
- Jameda
- Social Media (YouTube/Facebook/Xing)
- Empfehlung durch:.....

6. Datenschutz (gemäß Art. 9 Abs. 2 DSGVO)

Ich willige ein, dass mein behandelnder Arzt/Ärzte innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf bzw. dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag und unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann. Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen.

- Ich willige ein.

Ort/Datum, Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigter