



## ANAMNESE - BOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben; berufliche Tätigkeiten ebenfalls! Deswegen möchten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen **ausführlich und komplett** bitten. Nehmen Sie sich dafür Zeit und schreiben Sie in **DRUCKBUCHSTABEN!**

Bitte beachten Sie, dass diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, **korrekt und aktuell** ausgefüllt werden sollten und damit Ihrer **eigenen Sicherheit** dienen!

Name / Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: gesetzlich: \_\_\_\_\_ privat: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung: JA \_\_\_ NEIN \_\_\_

**Jede private Behandlung/Rechnung wird nach GOZ §5 Abs.1/GOÄ 1996 unter Berücksichtigung von Aufwand / Schwierigkeit / Zeit / Umstände mit Steigerungsfaktor nach beliebigem Ermessen erstellt. Eine vollständige Erstattung Ihrer Versicherung / Beihilfe kann nicht gewährt werden und ist abhängig von Ihrem vereinbarten Tarif!**

Anschrift: PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer: \_\_\_\_\_

Telefon: privat: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

beruflich: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Name: Hausarzt: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

HausZahnarzt: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

### Anamnese: (Bitte JEDE Frage beantworten!)

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? JA \_\_\_ NEIN \_\_\_

Wenn JA, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an:

Herzerkrankungen (Endokarditis / Herzklappenersatz ((Ausweis vorlegen!)) / Bypass)?

JA \_\_\_ NEIN \_\_\_

Kreislaufkrankungen (z.B. hoher \_\_\_ oder niedriger \_\_\_ Blutdruck?)

JA \_\_\_ NEIN \_\_\_

Erhöhter Blutungsneigung (z.B. nach Zahnentfernungen / Operationen)?

JA \_\_\_ NEIN \_\_\_



Lebererkrankungen (Hepatitis / Gelbsucht / Fettleber)?

JA \_\_\_

NEIN \_\_\_

Infektionskrankheiten (z.B. HIV, AIDS, Tuberkulose, Hepatitis)?

JA \_\_\_

NEIN \_\_\_

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)?

JA \_\_\_

NEIN \_\_\_

Augenerkrankungen (z.B. grüner Star / Glaukom)?

JA \_\_\_

NEIN \_\_\_

Nierenerkrankungen (z.B. Dialyse, Transplantation)?

JA \_\_\_

NEIN \_\_\_

Krampfanfällen (Epilepsie)?

JA \_\_\_

NEIN \_\_\_

Wenn eine Erkrankung vergessen wurde, an welcher leiden Sie außerdem?

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn JA, welche? \_\_\_\_\_

NEIN \_\_\_

Blutverdünner? Wenn JA welche? \_\_\_\_\_

NEIN \_\_\_

Besteht eine Überempfindlichkeit / Allergie gegen Medikamente, Materialien o.a.?

JA \_\_\_

NEIN \_\_\_

Wenn JA, gegen welche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie, wenn JA wieviel pro Tag? \_\_\_\_\_

NEIN \_\_\_

Trinken Sie regelmäßig Alkohol, wenn JA wieviel pro Tag? \_\_\_\_\_

NEIN \_\_\_

Nehmen Sie Drogen, wenn JA welche? \_\_\_\_\_

NEIN \_\_\_

Besteht z.Z. eine Schwangerschaft, wenn JA welcher Monat? \_\_\_\_\_

NEIN \_\_\_

Hiermit versichere ich, dass ich die o.g. Angaben nach meinem **besten Wissen** und **Gewissen** beantwortet habe!

Ich bin informiert, dass ich bereits vereinbarte Termine **mindestens 24 Stunden** vorher telefonisch absagen muss (Bestellpraxis), da ich mich ansonsten im Annahmeverzug befinde und mir die Kosten des Honorarausfalles lt. Urteil vom AG Wetzlar (AZ:32 C 1826/03) in Rechnung gestellt werden könnten!

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

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**  
Patienten / gesetzl. Vertreter