

### ANAMNESEBOGEN / ERHEBUNGSBOGEN

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

#### ALLGEMEINE ANGABEN

Name\* \_\_\_\_\_ Vorname\* \_\_\_\_\_ Geb.\* \_\_\_\_\_

Versicherter Name\* \_\_\_\_\_ Vorname\* \_\_\_\_\_ Geb.\* \_\_\_\_\_

Straße/Nr.\* \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Ort\* \_\_\_\_\_

Telefon\* \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_ Geschäftlich \_\_\_\_\_

E-Mail\* \_\_\_\_\_

Geburtsort\* (§ 28 Röntgenverordnung) \_\_\_\_\_

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

Gesetzliche Krankenkasse\* \_\_\_\_\_ Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung Ja  Nein

Private Versicherung\* \_\_\_\_\_  beihilfeberechtigt  Basistarif

\*Pflichtfelder

#### ALLGEMEINE SITUATION

	ja	nein
Medikamentenallergie (z.B. Penicillin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		

Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutdruck <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> niedrig		
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma/chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engwinkelglaukom (Augenerkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren- / Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen (Therapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumore		
Einnahme von Bisphosphonaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionen z.B. Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		

Andere Erkrankungen \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  ja  nein

Wenn ja, wie viele? \_\_\_\_\_

#### ZAHN-MUND-SITUATION

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	ja	nein
Zahnfleischbluten / Zahnfleischrückgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Kauen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen am Kopf / Nacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Kronen oder Brücken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, seit wie vielen Jahren: _____		
Tragen Sie Zahnersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, seit wie vielen Jahren: _____		
Haben Sie Implantate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, seit wie vielen Jahren: _____		
Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne, kurz: mit Ihrem „Lächeln“ zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine kieferorthopädische	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung durchgeführt worden?		
Wurde bei Ihnen bereits eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann? _____		

#### MEINE ZAHNÄRZTE ZMVZ GmbH

GESCHÄFTSFÜHRER:  
Dr. Christopher Schmid MBA MSC.  
Amtsgericht: Bad Homburg v.d.H.  
HRB 15501

FON: 060 81 - 94 29 - 0  
FAX: 060 81 - 94 29 - 29  
MAIL: INFO@MEINE-ZAHNAERZTE.DE  
WEB: WWW.MEINE-ZAHNAERZTE.DE

Deutsche Bank AG • BIC: DEUTDE33HAN  
IBAN-CODE: DE98 5007 0024 0036 8134 00  
UMSATZSTEUER-ID: DE160558859  
STEUER-NR.: 003 239 46063



Wann wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich geröntgt? Vor \_\_\_\_\_ Monaten.

Bei Zahnarzt \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

**Für weibliche Patienten:**

Besteht eine Schwangerschaft?  Ja, ich bin in der \_\_\_\_\_ Woche.  
 Nein  
 Ungewiss

Wir bitten Sie um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt.

**Meine besonderen Wünsche beim Zahnarzt:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**HINWEIS:**

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist. Weiterhin bitten wir Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert. Die Weitergabe an Dritte (Röntgenbilder an ihren Zahnarzt, Patientendaten für Behandlungen in Sedierung oder Daten für das externe Labor zur Untersuchung von histologischem Material) erfolgt mit Ihrem Einverständnis. Patienteninformationen zum Datenschutz erhalten Sie am Empfang sowie auf unserer Website: [www.meine-zahnaerzte.de](http://www.meine-zahnaerzte.de).

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die ganze Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (das heißt möglichst 48 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten können nach §§ 615 Satz BGB, 287 ZPO berechnet werden.

Erlaubnis zur Terminierung telefonisch bzw. E-Mail  Ja  Nein

**Ich bestätige die Kenntnisnahme, mein Einverständnis und die Richtigkeit der Angaben.**

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

Unterschrift \_\_\_\_\_