



# Anamnese-Bogen

**Patient:**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Ihr Zahnarzt: \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Privat versichert / Selbstzahler  Beihilfe

Basis-Tarif einer privaten Versicherung

Gesetzlich versichert über Krankenkasse \_\_\_\_\_

**Hauptversicherter und damit Rechnungsempfänger**

**(bitte UNBEDINGT ausfüllen):**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Ggf. Abweichender Rechnungsempfänger für gesetzlichen Eigenanteil bei Kassenpatienten bzw. bei Privat-Rechnung:

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Wir weisen darauf hin, dass die für Abrechnung und Verwaltung benötigten Daten des Patienten und Versicherten in unserer Praxis EDV-technisch erfasst, gespeichert und verarbeitet werden. Bitte teilen Sie uns eintretende Änderungen Ihrer Daten während der gesamten Behandlungsdauer unaufgefordert mit.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie damit einverstanden sind, dass im Falle einer notwendigen Absprache mit Ihrem Zahnarzt oder einem Fachkollegen, bei der Behandlung durch einen Assistenten, einer der Behandlungsübernahme durch einen anderen Behandler, bei der Zusammenarbeit mit einem externen

Dental-Labor oder der Abrechnung über Ihrer Krankenkasse diese Daten weitergegeben werden.

Sie bestätigen ferner, dass Im Falle des Verkaufes der Praxis diese Daten vom Nachfolger weiterbenutzt und die angefertigten Behandlungsunterlagen an diesen weitergegeben werden dürfen. Mit Ihrer Unterschrift erlauben Sie uns außerdem, Sie oder Ihr Kind in der Praxis mit Namen anzusprechen oder aufzurufen – alleine schon aus Gründen der Höflichkeit.

**DATUM:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift** \_\_\_\_\_

**(des Versicherten und des Rechnungsempfängers; bei Minderjährigen: der Erziehungsberechtigte)**

	JA	NEIN
Wurde bereits eine Spangenbehandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen? (Herz, Leber, Schilddrüse, Blutgerinnungsstörungen, Diabetes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen Infektionskrankheiten? (z.B. Hepatitis, HIV, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt ein Herzpass vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt ein Allergiepass vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird anderweitig aktuell eine ärztliche Behandlung durchgeführt? Wenn, ja – warum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht oder bestand eine Lutschgewohnheit über das dritte Lebensjahr hinaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es Unfälle im Kopfbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen Rückenschmerzen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen Kopfschmerzen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atmen Sie viel durch den Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen Beschwerden im Bereich der Kaumuskeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird mit den Zähnen gepresst oder geknirscht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knackt es im Kiefergelenk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Besteht möglicherweise eine Schwangerschaft?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden im Kopfbereich bereits Röntgenaufnahmen angefertigt? Wenn ja - von wem und wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Durch...**

- Ihren Zahnarzt
- Bekannte / Verwandte
- Suche im Internet
- Arztbewertung im Internet