

# Anamnesebogen



Liebe Patienten,  
Bitte nehmen Sie sich ein paar  
Minuten Zeit, um diesen Gesundheits-  
Fragebogen auszufüllen.

**ZAHNARZTPRAXIS**

DR. SIMON SEDLMEIER  
DR. EVA-MARIA SEDLMEIER

<b>Patient /in</b>	<b>Versicherte /r</b> (falls abweichend)
Name	Name
Vorname	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Straße, Hausnr.	Straße, Hausnr.
PLZ, Wohnort	PLZ, Wohnort
Telefon	Telefon
eMail	eMail
Beruf (freiw. Angabe)	
Arbeitgeber	
Tel. Arbeitgeber	
Krankenkasse	

## Sind Sie beihilfeberechtigt?

- Ja       Nein

## Für unsere gesetzlich versicherten Patienten: Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?

- Ja       Nein

## Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- persönliche Empfehlung durch \_\_\_\_\_  
 Homepage  
 Online-Bewertungsportale, Name des Portals: \_\_\_\_\_  
 Telefonbuch  
 Anzeige  
 sonstige \_\_\_\_\_

## Möchten Sie in Zukunft von uns an Ihre regelmäßigen Vorsorge- und Prophylaxe-Termine erinnert werden (Recall-Service)?

- Ja                       per eMail       per SMS       per Post  
 Nein

## Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen?

Für Ihre Behandlung benötigen wir die folgenden medizinischen Angaben. Diese unterliegen selbstverständlich, wie alle persönlichen Daten, der ärztlichen Schweigepflicht.

<input type="radio"/> Hoher Blutdruck	<input type="radio"/> Rheuma / rheumatisches Fieber
<input type="radio"/> Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)
<input type="radio"/> Herzfehler	<input type="radio"/> Immunschwäche (z.B. AIDS)
<input type="radio"/> Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese	<input type="radio"/> Krebserkrankung
<input type="radio"/> Endokarditis	Welche? _____
<input type="radio"/> Herzoperation	<input type="radio"/> Chemotherapie
<input type="radio"/> Herzschrittmacher	<input type="radio"/> Strahlentherapie
<input type="radio"/> Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/> Nehmen Sie Bisphosphonate (Medikamente gegen Knochenmetastasen oder Osteoporose) ein? Falls ja, Präparat und Dosierung
<input type="radio"/> Erkrankungen des Blutes	_____
<input type="radio"/> Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar, ASS)? Welche?	<input type="radio"/> Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein? Welche?
_____	_____
<input type="radio"/> Allergien	_____
Welche?	_____
_____	<input type="radio"/> Besteht eine Schwangerschaft? Wievielte Woche?
<input type="radio"/> Asthma	_____
<input type="radio"/> Rauchen Sie? Wieviel pro Tag? _____	<input type="radio"/> Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen vom Kopfbereich angefertigt?
<input type="radio"/> Lungenerkrankung	
<input type="radio"/> Hepatitis (Gelbsucht)	

### Bitte teilen Sie uns in Zukunft mit, wenn sich Ihr Gesundheitszustand oder Ihre Medikamenteneinnahme verändert hat.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt sein kann.

Wir bitten unsere **gesetzlich versicherten** Patienten, die Krankenversicherungskarte **vor Beginn der Behandlung** vorzulegen. Falls dies nach 10 Tagen noch nicht geschehen sein sollte, müssen wir unsere Leistungen privat in Rechnung stellen.

Außerdem bitten wir Sie, die vereinbarten **Termine einzuhalten** bzw. sie **spätestens 24 Stunden vorher abzusagen**, da Ihnen ansonsten die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass sämtliche Behandler der Zahnarztpraxis Dres. Sedlmeier Einsicht in meine gesamte Patientenakte einschließlich meiner Röntgenaufnahmen erhalten.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte nehmen Sie die allgemeinen Hinweise zur Datenverarbeitung zur Kenntnis, die in unserem Wartezimmer aushängen.