



# ANAMNESEBOGEN

Titel ..... Vor- und Zuname .....

Geburtsdatum und -Ort ..... ..

Straße ..... PLZ und Wohnort .....

Telefon Mobil ..... Telefon Privat .....

Telefon Arbeit ..... Email-Adresse .....

Beruf / Arbeitgeber .....

Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns? .....

Welches Anliegen führt Sie zu uns? .....

Besteht eine medizinische Grunderkrankung?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche und seit wann? .....

Nehmen Sie Blutverdünner ein?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche und seit wann? .....

Bekommen Sie Bisphosphonate?  Ja  Nein  
Sonstige Medikamente: .....

Sind Ihnen Allergien bekannt?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche und seit wann? .....

Akute medizinische Beschwerden?  Ja  Nein  
Wenn ja, wo und seit wann? .....

Zahnmedizinische Beschwerden?  Ja  Nein  
Wenn ja, wo und seit wann? .....

Haben Sie in den letzten 3 Jahren einen  
seelisch-emotionalen Schock erlitten?  Ja  Nein

Sind Sie schwanger?  Ja  Nein



## ANAMNESEBOGEN

Essen Sie Brot oder andere Getreideprodukte?

 Ja Nein

Nehmen Sie Milchprodukte zu sich?

 Ja Nein

Nehmen Sie viel Zucker zu sich – Essen / Getränke?

 Ja Nein

Rauchen Sie?

 Ja Nein

Trinken Sie Alkohol?

 Ja Nein

Wenn ja, wie oft und wie viel? .....

Treiben Sie Sport?

 Ja Nein

Wenn ja, welche Sportart und wie oft? .....

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass nicht eingehaltene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt wurden, nach § 615 BGB mit einem Stundensatz von 120 € in Rechnung gestellt werden müssen.

Wie sind Sie versichert?

Gesetzlich

Privat

Zusatzversicherung  Ja  Nein

Beihilfe berechtigt  Ja  Nein

Haben Sie noch wichtige zusätzliche Informationen für uns?

Ja  Nein

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Weitergabe personenbezogener Patientendaten gemäß Art.6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO: Ich stimme hiermit der Weitergabe meiner Behandlungsinformationen zum Zweck der Herstellung von Zahnersatz an das zahnärztliche Labor zu. Des Weiteren stimme ich der Herstellung, Speicherung und Nutzung für Lehrzwecke – auch im Internet – von Fotos und Röntgenbildern sowie der Weitergabe an Nachbehandler zu. Zu diesem Zweck entbinde ich die Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin darüber informiert, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann; der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der davor behandelten Daten - Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO

Ort, Datum, Unterschrift

**Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnungen über unser Abrechnungszentrum abgerechnet werden**

Ort, Datum, Unterschrift

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe und alle Kosten der Behandlung selbst tragen werde, unabhängig von einer Erstattung durch etwaige Kostenträger**

Ort, Datum, Unterschrift