



# ANAMNESEBOGEN

ZAHNMEDIZIN  
AM RATHAUS  
DR. MED. DENT. MARTIN HELLMOLD

## Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Zu Beginn Ihres Aufenthalts benötigen wir Ihre Hilfe. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gewissenhaft und vollständig aus. So können wir Ihre Behandlung individuell auf Sie abstimmen und sicherstellen, dass Sie unter Berücksichtigung Ihrer persönlichen gesundheitlichen Situation bestmöglich betreut werden. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden ausschließlich entsprechend der EU-Datenschutz-Grundverordnung verarbeitet.

Ihr Dr. med. dent. Martin Hellmold & das Praxisteam

## PERSÖNLICHE DATEN

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

Strasse, Hausnr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

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

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

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

Mein Hausarzt (Name, Ort) \_\_\_\_\_

Vorheriger Zahnarzt (Name, Ort) \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

gesetzlich  freiwillig  privat  PKV-Standardtarif  Beihilfe

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung  nein  ja \_\_\_\_\_

Sollten Sie bei einer anderen Person (z.B. Ehepartner, Eltern) mitversichert sein, geben Sie diese hier bitte an:

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

Strasse, Hausnr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

## ALLGEMEINE GESUNDHEITSSITUATION (ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN BZW. UNTERSTREICHEN)

|   |                          |      |                          |    |   |                          |      |                          |    |
|---|--------------------------|------|--------------------------|----|---|--------------------------|------|--------------------------|----|
| Bluthochdruck (Hypertonie)              | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja | Immunschwäche (HIV / AIDS)                    | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja |
| Bypass/Stent/Herzschrittmacher          | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja | Tuberkulose                                   | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja |
| Herzklappenkrankung /-ersatz            | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja | Lebererkrankung (Gelbsucht / Hepatitis A,B,C) | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja |
| Herzinfarkt, Angina Pectoris            | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja | Rheuma, rheumatisches Fieber                  | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja |
| Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie) | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja | Nierenfunktionsstörung                        | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja |
| Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD)    | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja | Augenerkrankung (Glaukom - grüner Star)       | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja |
| Schilddrüsenerkrankung                  | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja | Magen-Darm-Erkrankung                         | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja |
| Diabetes (Zuckerkrankheit)              | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja | Einnahme von Bisphosphonaten                  | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja |
| Tumorerkrankung                         | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja | Neigen Sie zu Ohnmacht                        | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja |
| Osteoporose                             | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja | Rauchen Sie?                                  | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja |
| Anfallsleiden (Epilepsie)               | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja | Schwangerschaft (SSW _____)                   | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja |

Sonstige Erkrankungen / Infektionen \_\_\_\_\_

Operationen (z.B. Hüfte, Knie, Ersatzgelenke)?  nein  ja

welche \_\_\_\_\_

Allergien (Besitzen Sie einen Allergiepass?)  nein  ja

welche \_\_\_\_\_

Medikamenteneinnahme (z.B. Marcumar, Clopidogrel (Plavix), ASS)?  nein  ja

welche \_\_\_\_\_

Leiden Sie an  Migräne  Kopfschmerzen  Nackenverspannungen  Rückenschmerzen  Tinnitus

Befinden Sie sich aktuell in osteopathischer Behandlung  nein  ja

Haben Sie Angst vor zahnärztlichen Behandlungen?  nein  ja

Wenn ja, wovor  Schmerz  Spritzen  Bohren  Ausgeliefertsein

Möchten Sie über ein bestimmtes Thema gezielt beraten werden (z.B. Zahnersatz, Implantate, Bleaching etc.): \_\_\_\_\_

**MÖCHTEN SIE VON UNS IN DEN EMPFOHLENE ABSTÄNDEN AN EINE TERMINVEREINBARUNG ZUR VORSORGE UND ZAHNREINIGUNG ERINNERT WERDEN?**

nein  ja, per  Anruf  Brief  Email  SMS

**WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?**

google  Webseite  Lage  jameda o.ä.  Telefonbuch / Gelbe Seiten

Auf Empfehlung von \_\_\_\_\_

**Vereinbarte Termine werde ich spätestens 24 Std. vorher telefonisch oder per E-Mail absagen. Andernfalls akzeptiere ich, dass mir ein Ausfallhonorar in Rechnung gestellt wird.**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich Änderungen umgehend mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / des Erziehungsberechtigten