

# Anamnesebogen

Name:

Vorname:

geb. am:

PLZ/Ort:

Straße/ Nr.:

Tel. privat:

Tel. beruflich:

Tel. mobil:



Zahnarztpraxis  
Kirscht & Bertram

Hohe Straße 100  
44139 Dortmund

Tel.: 0231 - 912 30 20  
Fax: 0231 - 912 30 240

E.- Mail: [info@dr-kirscht.de](mailto:info@dr-kirscht.de)

Internet: [www.dr-kirscht.de](http://www.dr-kirscht.de)

Ihr Hauptanliegen:

Wann und was war Ihre letzte Zahnbehandlung?

Krankenkasse:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Zusatzversichert:  ja  nein

Suchmaschine im Internet (Google, Bing o.a.)

Familienversichert:  ja  nein

Soziale Medien

Versichert über:

Empfehlung

Name:

Zufall

Vorname:

geb. am:

ja nein

**Haben Sie Zahnschmerzen?**

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

ja nein

• Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches?

• Karies- Vermeidung

• Knackt Ihr Kiefergelenk?

• Paradontal- Behandlung

• Schnarchen Sie in der Nacht?

• Amalgam- Entfernung

• Besteht bei Ihnen eine Tagesmüdigkeit?

• Ästhetische Zahnheilkunde, wie z.B. Bleaching

• Leiden Sie an Durchschlafstörungen?

• Kopf-, Nackenschmerz- Behandlung

• Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden?

• Hochwertige Füllungen

• Hochwertigen Zahnersatz

• Implantate

• Sonstiges:

ja nein

Möchten Sie zum Vorsorgetermin von uns erinnert werden?

per E.- Mail  E.- Mail- Adresse:

per SMS  Telefonnummer:

**MEDIZINISCHE BEFUNDERHEBUNG**

	ja	nein		ja	nein
Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Künstl. Bluter (Marcumar, ASS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herzerkrankung/ Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Immunschwäche (HIV+)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Allergien:	<input type="text"/>	
• Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Suchterkrankungen:	<input type="text"/>	
• Lebererkrankung (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Nierenerkrankungen:	<input type="text"/>	
• Hepatitis A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Psychische Erkrankungen:	<input type="text"/>	
• Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Medikamente:	<input type="text"/>	
• Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/> Monat					
• Hatten Sie gravierende Erkrankungen, die oben nicht aufgeführt wurden, oder haben Sie unklare Beschwerden?					
<input type="text"/>					

**Aufklärung über die Lokalanästhesie**

Die zahnärztliche Lokalanästhesie, auch örtliche Betäubung genannt, dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn Mund Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind sehr selten mögliche Komplikationen nicht ausgeschlossen wie z.B. ein kleines Hämatom, eine vorübergehende Nervbeeinträchtigung oder eine in Verbindung mit Stress und Angst herabgesetzte Verkehrsbeeinträchtigung.

**Vereinbarte Termine**

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen und um Sie optimal behandeln zu können, vereinbaren wir mit Ihnen feste Behandlungstermine. Diese Zeiten sind ausschließlich für Sie reserviert und daher verbindlich. Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen Termin einzuhalten, bitten wir Sie, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Informieren Sie uns bitte zudem darüber, ob ggf. vereinbarte Folgetermine bestehen bleiben sollen. Da reservierte, aber nicht rechtzeitig freigegebene Behandlungszeiten hohe Kosten verursachen, können diese in Rechnung gestellt werden.

**Datenschutzerklärung**

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu, zum Zwecke (1) der Durchführung der Behandlung, (2) der Dokumentation nach Berufsordnung und sonstigen gesetzlichen Vorschriften, (3) der Abrechnung über die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV), mit Kostenträgern sowie Factoring Gesellschaft (DZR) und (4) der statistischen Auswertung. Eine Information zur Erhebung personenbezogener Daten ist in der Praxis einsehbar. Ich willige ferner ein, dass meine Daten und Behandlungsunterlagen zwischen kooperierenden Dentallaboren sowie (Zahn-) Ärzten und Ärztinnen ausgetauscht werden und entbinde die mich behandelnden Ärzte und Ärztinnen insoweit von der Schweigepflicht. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch eine E.- Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die im Anamnesebogen geforderten Angaben gewissenhaft und wahrheitsgemäß gemacht und die Hinweise verstanden habe.

Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in