

# Anamnesebogen

(bitte vollständig ausfüllen)



**DIE OLDENBURGER  
ZAHNÄRZTE**  
Gemeinschaftspraxis für Zahnheilkunde

Bevorzugte Anrede:  Frau  Herr  \_\_\_\_\_

Name, Vorname		Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
Telefon (privat/mobil)		Telefon (geschäftlich)	
E-Mail*	Beruf*	Arbeitsstelle*	*freiwillige Angabe

Name der Krankenkasse oder Versicherung

ich bin:

- gesetzlich versichert
- privatversichert
- beihilfeberechtigt
- zusatzversichert
- freiwillig versichert
- Basistarif
- nicht Basistarif

Liegt eine Pflegestufe vor?  nein  ja Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Überweisende hausärztliche oder zahnärztliche Praxis – Name, Adresse, Telefon

Hausärztliche Praxis – Name, Adresse, Telefon

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Internet  Facebook  Instagram  Empfehlung  Zeitung  Jameda  Überweisung  Notdienst

Sind die zu behandelnde und die zahlungspflichtige Person nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Bevorzugte Anrede:  Frau  Herr  \_\_\_\_\_

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtige Person)		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort
Beruf*	Arbeitsstelle*	*freiwillige Angabe

## Einverständniserklärung bei der Behandlung minderjähriger Personen

Hat die Patientin/der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der erziehungsberechtigten Person notwendig:

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift erziehungsberechtigte Person \_\_\_\_\_

Ist eine Betreuung nach §1896 – 1980i BGB vorhanden:

Ja  Nein

Liegt bei Ihnen ein Pflegegrad vor?

Ja Pflegegrad: \_\_\_\_\_  Nein

**Herz-Kreislauf-Erkrankungen:**

Hoher Blutdruck (Hypertonie)  Ja  Nein  
 Niedriger Blutdruck (Hypotonie)  Ja  Nein  
 Herzerkrankung  Ja  Nein  
 Herz-OP (Datum: \_\_\_\_\_)  Ja  Nein  
 Herzschrittmacher  Ja  Nein  
 Andere: \_\_\_\_\_

**Allergien/Unverträglichkeiten:**

Lokalanästhetika  Ja  Nein  
 Medikamente  Ja  Nein  
 Antibiotika  Ja  Nein  
 Allergiepass  Ja  Nein  
 Andere: \_\_\_\_\_

**Wurden Sie in den letzten 6 Monaten operiert? Wenn ja, Art der OP:** \_\_\_\_\_

**Infektionserkrankungen:**

HIV  Ja  Nein  
 Hepatitis (A, B, C, D)  Ja  Nein  
 Tuberkulose  Ja  Nein  
 Andere: \_\_\_\_\_

**Blut:**

Blutarmut  Ja  Nein  
 Blutgerinnungsstörung  Ja  Nein  
 Andere: \_\_\_\_\_

**Lunge:**

Asthma  Ja  Nein  
 Chronische Bronchitis  Ja  Nein  
 Andere: \_\_\_\_\_

**Nervensystem:**

Epilepsie  Ja  Nein  
 Depressionen  Ja  Nein  
 Rheumatische Erkrankungen  Ja  Nein  
 Andere: \_\_\_\_\_

**Stoffwechsel:**

Zuckerkrankheit (Diabetes)  Ja  Nein  
 Schilddrüsenerkrankungen  Ja  Nein  
 Nierenerkrankungen  Ja  Nein  
 Andere: \_\_\_\_\_

**Weitere:**

Krebserkrankungen  Ja  Nein  
 Osteoporose  Ja  Nein  
 Andere: \_\_\_\_\_

**Allgemeine Angaben:**

Drogenkonsum  Ja  Nein  
 Alkoholgenuss  Ja  Nein  
 Raucher  Ja  Nein  
 Regelmäßige Medikamente  Ja  Nein  
 Nehmen Sie Bisphosphonate ein?  Ja  Nein  
 Frühere Röntgenuntersuchungen  Ja  Nein  
 Schwangerschaft  Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  
 Wenn ja:  selten  oft  regelmäßig  
 Wenn ja:  0 - 10  über 10 Zigaretten am Tag  
 Wenn ja: seit wann und Name des Medikaments: \_\_\_\_\_

**Wichtige Informationen:**

- » Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes gemäß Art. 9 Abs. 2 DSGVO und werden daher streng vertraulich behandelt.
- » Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Praxis meine personen- und gesundheitsbezogenen Daten zum Zweck der Diagnostik, der Behandlung und der Abrechnung erhebt, verarbeitet und nutzt. Die Praxis darf meine Personen- und Gesundheitsdaten auch an Dritte übermitteln, soweit dies für die Behandlung und Abrechnung erforderlich ist. Mir wurde die ausführliche Einwilligungserklärung ausgehändigt. Ich habe sie gelesen und verstanden.
- » Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraums auftretenden Änderungen zu informieren.
- » Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt, dies bedeutet, dass die mit mir vereinbarte Zeit ausschließlich für mich reserviert wird. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 48 Stunden im Voraus abzusagen. Andernfalls trage ich die Kosten in Höhe von 50% des Honorars, es sei denn, an dem Versäumnis trifft mich kein Verschulden.
- » Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ich bin damit einverstanden, dass meine angegebene E-Mail Adresse zum Zweck der Terminerinnerung und zur Mitteilung medizinischer oder organisatorischer Informationen genutzt wird.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift zu behandelnde Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift zahlungspflichtige bzw. erziehungsberechtigte Person