



Anamnesebogen

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Adresse: _____

Tel. Privat: _____
 Beruf: _____
 Arbeitgeber, Ort: _____

Tel. Arbeitsplatz: _____
 Krankenkasse: _____
 pflichtversichert: ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____
 Adresse: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja nein

Wer hat uns empfohlen? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

- | | |
|---|---|
| Haben Sie einen Allergiepass? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie Gerinnungsstörungen? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung (Bluthochdruck)? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Sind Sie HIV positiv? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie Hepatitis B? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie Hepatitis C? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie Diabetes? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie Osteoporose? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Leiden Sie unter Migräne? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie grünen Star? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie eine Prostataerkrankung? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie Asthma? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie Epilepsie? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie eine Tumorerkrankung? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Wenn ja, befinden Sie sich zur Zeit in einer Chemotherapie? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie eine Rheumaerkrankung? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Rauchen Sie? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? Woche | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

- | | |
|---|---|
| Haben Sie Zahnschmerzen? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Blutet Ihr Zahnfleisch? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Sind Ihre Zähne gelockert? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Möchten Sie darüber eine Beratung? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |



Haben Sie eine Zusatzversicherung abgeschlossen?

ja nein

Wann wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich geröntgt? Vor ca. _____ Monaten

Zahnarzt: _____

Adresse: _____

Hausarzt / Facharzt: Name, Adresse und Telefonnummer: _____

Medikamente: Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Ich bin heute zur zahnärztlichen Behandlung durch Dr.Sina Körbs in deren Sprechstunde erschienen. Einer Einsichtnahme in meine bisher durch Dr. Monika körbs geführten Patientenunterlagen durch Dr. Sina Körbs stimme ich ausdrücklich zu.

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende finanzielle Ausfälle in Rechnung gestellt werden.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6,7 Abs.1 Lt. DSGVO

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch 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 erfolgte Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Unterschrift