



Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Straße/Nr: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon (Privat): \_\_\_\_\_ (Geschäft)\*: \_\_\_\_\_  
 Handy: \_\_\_\_\_ E-Mail\*: \_\_\_\_\_  
 Beruf\*: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber\*: \_\_\_\_\_

Name Ihres Hausarztes \_\_\_\_\_ Telefonnummer Ihres Hausarztes \_\_\_\_\_

\* - freiwillige Angabe

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein

**Herz-/ Kreislaufferkrankungen:**

Hoher Blutdruck  ja  nein  
 Niedriger Blutdruck  ja  nein  
 Herzklappenfehler  ja  nein  
 Herzklappenersatz  ja  nein  
 Herzschrittmacher  ja  nein  
 Endokarditis  ja  nein  
 Herzoperation  ja  nein  
 Herzinsuffizienz  ja  nein  
 Schlaganfall (Apoplex)  ja  nein  
 Herzinfarkt (Myokardinfarkt)  ja  nein  
 →Besitzen Sie einen Herzpass?  ja  nein

**Infektiöse Erkrankungen:**

HIV-Infektion / AIDS  ja  nein  
 Lebererkrankung / Hepatitis  ja  nein A B C  
 Tuberkulose  ja  nein  
 Infektionskrankheiten (z. B. MRSA)  ja  nein  
 Creutzfeldt-Jakob-Krankheit  ja  nein  
 (bzw. eine Variante davon)

**Anfallsleiden (Epilepsie)**

ja  nein  
**Asthma/Lungenerkrankungen**  ja  nein  
**Blutgerinnungsstörungen**  ja  nein  
**Diabetes/Zuckerkrankheit**  ja  nein  
**Drogenabhängigkeit**  ja  nein  
**Nervenerkrankung**  ja  nein  
**Nierenerkrankungen**  ja  nein  
 → Besteht eine Dialysepflicht?  ja  nein  
**Ohnmachtsanfälle**  ja  nein  
**Osteoporoseerkrankung**  ja  nein  
**Raucher**  ja  nein  
**Rheuma/Arthritis**  ja  nein  
**Schilddrüsenkrankung**  ja  nein  
**grüner Star (Glaukom)**  ja  nein

**Allergien bzw. Unverträglichkeiten:**

Lokalanästhesie/Spritzen  ja  nein  
 Antibiotika  ja  nein  
 Schmerzmittel  ja  nein  
 Latex  ja  nein  
 Metalle  ja  nein  
 Andere \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen  ja  nein Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar, ASS, Eliquis, ...)?

ja  nein welche \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Nehmen Sie andere Medikamente regelmäßig ein?

ja  nein welche \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Bisphosphonate (für Osteoporose- / Krebstherapie)?

ja  nein seit \_\_\_\_\_

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?

ja  nein seit \_\_\_\_\_

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?

ja  nein seit \_\_\_\_\_

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide (z.B. Kortison) / Immunsuppressiva?

ja  nein seit \_\_\_\_\_

Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?

ja  nein wann \_\_\_\_\_

Haben Sie eine totale Hüftgelenks- oder Knieprothese?

ja  nein wann \_\_\_\_\_

Besteht ein Pflegegrad?

ja  nein Wenn ja, welcher Pflegegrad \_\_\_\_\_?

(bitte Nachweis vorlegen)

Besteht eine Schwangerschaft?

ja  nein Wenn ja, in welchem \_\_\_\_\_ Monat?

Stillzeit  ja  nein

Sind bei Ihnen in letzter Zeit außerhalb unserer Praxis zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Wenn ja, wann \_\_\_\_\_ und wo? \_\_\_\_\_

Ich verpflichte mich, gesundheitliche Änderungen bezüglich dieses Anamnesebogens mitzuteilen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine mit mindestens 50 € in Rechnung gestellt werden können.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_



Seit dem 25.05.2018 ist eine neue EU – Datenschutzgrundverordnung in Kraft getreten.

Für therapeutische Zwecke und zur Erfüllung unseres Behandlungsvertrages müssen wir Ihre Gesundheitsdaten speichern, bei den gespeicherten Gesundheitsdaten handelt es sich um Ihren Namen, Geschlecht, Anschrift, Geburtsdaten, Telefonnummer, Versichertenstatus, Versichertennummer, sowie den aufgenommenen Gesundheitsdaten.

Intern werden Ihre Daten zur Abrechnung der erbrachten Leistungen gespeichert und an die Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, evtl. der gesetzlichen Unfallversicherung oder dem medizinischen Dienst weitergeleitet. Die Verarbeitung und Weiterleitung der Daten erfolgt durch Fachpersonal, dass im Sinn des Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO zur Geheimhaltung verpflichtet ist.

Des Weiteren versichern wir Ihnen, Ihre Daten regelmäßig zu sichern, um Ihre Daten bei physischen oder technischen Zwischenfällen rasch wiederherstellen zu können.

**Ich bin damit einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten zu therapeutischen Zwecken und zur Erfüllung des Behandlungsvertrages gespeichert werden. Im Zuge des Behandlungsvertrages dürfen meine Daten auch zur Abrechnung der erbrachten Leistungen, an die oben genannten Stellen weitergegeben werden.**

---

Datum

Unterschrift