

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

wir möchten Ihnen den Aufenthalt in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

**Persönliches**

<hr/>		
<i>Name, Vorname</i>	<i>Geburtsname</i>	<i>Geburtsort, Geburtsdatum</i>
<hr/>		
<i>Straße, Hausnummer</i>	<i>PLZ, Ort</i>	
<hr/>		
<i>Telefon privat</i>	<i>Telefon Arbeit</i>	<i>Telefon Mobil</i>
<hr/>		
<i>eMail</i>	<i>Beruf</i>	<i>Hausarzt, Ort</i>

Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie halbjährlich/jährlich an Ihre Vorsorge zu erinnern?

JA  Nein

Termin-Erinnerung per  SMS  Email  Telefon

**Versicherung**

*Krankenkasse*

---

Gesetzlich versichert  Privat versichert  Zusatzversicherung  Basistarif  Beihilfeberechtigt

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

<hr/>	
<i>Name, Vorname</i>	<i>Geburtsdatum</i>
<hr/>	
<i>Straße, Hausnummer</i>	<i>PLZ, Ort</i>

**Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?**

<input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung	<input type="checkbox"/> Anzeige z. B. Werbebanner	<input type="checkbox"/> Internet z. B. Google-Suche, Instagram, Webseite, Bewertungsportal (z. B. jameda.de)
<input type="checkbox"/> Im Vorbeigehen		
<input type="checkbox"/> Überweisender Arzt: _____	wo: _____	wo: _____
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	_____	_____

Bitte wenden

## Allgemeine Gesundheitssituation

	Ja	Nein		Ja	Nein		Ja	Nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien, Unverträglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		wenn ja, welche:	_____		Hepatitis	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige:	_____	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche:			_____		
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Herzmedikamente:	_____		Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cortison:	_____		Wann wurden Sie zuletzt		
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schmerzmittel:	_____		zahnärztlich geröntgt?		
Asthma, Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Antidepressiva:	_____		vor _____		
Endokarditis-Prophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bisphosphonate:	_____		Wochen/Monaten/Jahren		
Creuzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> blutverdünnende Medikamente (z. B. ASS, Marcumar, Heparin):	_____		Für unsere Patientinnen:		
Herzkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chemo-/Strahlentherapie:	_____		Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche:	_____		<input type="checkbox"/> Sonstige:	_____		_____ Woche		
Sonstige Erkrankungen:	_____							

## Mundgesundheitsituation

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

<input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____
<input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz	<input type="checkbox"/> Überweisung Arzt	<input type="checkbox"/> Zweite Meinung	_____

Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne zufrieden?

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis, d. h. an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig – mindestens 24 Stunden vorher – abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. (Ausfallzeiten können nach § 615 Satz BGB § 287 ZPO berechnet werden.) Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt. Mit Unterzeichnung des Anamnesebogens stimmen Sie der Speicherung Ihrer Daten in unserer Praxis nach Bestimmungen des Datenschutzes zu. Bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift. Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand geändert hat.

**Ostfildern, den**

**Datum**

**Unterschrift**

Hiermit entbinde ich die Praxis: Zahnpark Ostfildern – Dr. Wan Konur von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass meine zahnärztlichen Behandlungsunterlagen (Röntgenbilder, Modelle etc.) an die/den weiterbehandelnde/n Zahnarzt/in, übersandt werden.

**Ostfildern, den**

**Datum**

**Unterschrift**