ANAMNESEBOGEN

DR. ACHIM FRISCHAUF
MEHR ALS ZÄHNE

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Erkrankungen aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Füllen Sie bitte deshalb diesen Fragebogen gewissenhaft aus. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHES

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße/Hausnummer _____ PLZ/Ort _____

Telefon privat _____ mobil _____ email _____

Arbeitgeber _____ Telefon geschäftlich _____

VERSICHERUNGSSTATUS

☐ **privat** Kasse _____ ☐ **gesetzlich**

Standardtarif ☐ ja ☐ nein **Zusatzversicherung** ☐ ja ☐ nein

Sofern Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch sind – bitte ergänzen.

Name _____ Vorname _____ Telefon privat/mobil _____

Straße/Hausnummer _____ PLZ/Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt? Name _____ Ort _____

IN EIGENER SACHE

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- ☐ **Persönliche Empfehlung**
- ☐ **Empfehlung von Ärzten/Therapeuten**
- ☐ **Überweisung durch** _____
- ☐ **Praxisschild**
- ☐ **Werbung**
- ☐ **Gelbe Seiten**
- ☐ **Jameda**
- ☐ **Webseite**
- ☐ **Internet allgemein**

GESUNDHEITSFRAGEN

Was können wir für Sie tun?

- ☐ **Vorsorgeuntersuchung**
- ☐ **Schmerzbehandlung**
- ☐ **Beratung biologische Zahnmedizin**
- ☐ **Prophylaxe**
- ☐ **Implantologie**
- ☐ **neue Zähne**
- ☐ **Bleaching**
- ☐ **Zweitmeinung**
- ☐ **andere Gründe** _____

	ja	nein
Rauchen Sie?	☐	☐
Sind Sie schwanger?	☐	☐

Wenn ja, in welchem Monat? _____

	ja	nein
Hatten Sie jemals eine kieferorthopädische Behandlung oder einen Unfall mit Kieferbeteiligung?	☐	☐

Wenn ja, wann? _____

Dr. med. dent. Achim Frischauf | Zahnarzt | Salzäckerstraße 77 | 70567 Stuttgart
T 0711 723406 | F 0711 7289706 | info@dr-frischauf.de | www.dr-frischauf.de

GESUNDHEITSFRAGEN

	ja	nein
Haben Sie eine Herzerkrankung (z. B. Endokarditis, Herzinfarkt, Herzfehler)?	☐	☐
Wenn ja, welche? _____		
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	☐	☐
Haben Sie (eine) künstliche Herzklappe(n)?	☐	☐
Haben Sie eine Blutkrankheit (Gerinnungsstörung, Bluter usw.)?	☐	☐
Wenn ja, welche? _____		
Haben Sie Bluthochdruck?	☐	☐
Haben Sie niedrigen Blutdruck?	☐	☐
Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z. B. Aspirin/ASS, Eliquis, Marcumar)?	☐	☐
Wenn ja, welche? _____		
Haben Sie eine Medikamenten- bzw. Materialunverträglichkeit (Antibiotika, Metalle, Lokalanästhetika o. Ä.)?	☐	☐
Wenn ja, welche? _____		
Haben Sie Allergien?	☐	☐
Wenn ja, welche? _____		
Besitzen Sie einen Allergiepass? Wenn ja, bitte vorlegen.	☐	☐
Haben Sie Magen-/Darmerkrankungen?	☐	☐
Wenn ja, welche? _____		
Sind Sie zuckerkrank (Diabetes)?	☐	☐
Kennen Sie Ihren Blutzuckerwert? _____ mg/dl		

	ja	nein
Leiden Sie unter einer Nierenerkrankung?	☐	☐
Wenn ja, unter welcher? _____		
einer Lebererkrankung?	☐	☐
Wenn ja, unter welcher? _____		
einer Lungenerkrankung (z. B. Asthma)?	☐	☐
Wenn ja, unter welcher? _____		
einer Nervenerkrankung (z. B. Multiple Sklerose, Epilepsie)?	☐	☐
Wenn ja, unter welcher? _____		
einer Schilddrüsenerkrankung?	☐	☐
Wenn ja, unter welcher? _____		
einer chronischen Krankheit?	☐	☐
Wenn ja, unter welcher? _____		
Rheuma?	☐	☐
Osteoporose?	☐	☐
einer ansteckenden Krankheit (z. B. Creuzfeldt-Jakob-Krankheit, vCJK, MRSA, Tuberkulose)?	☐	☐
Wenn ja, unter welcher? _____		
Kopf-/Gesichtsschmerzen?	☐	☐
Haben Sie eine Immunschwäche (z. B. HIV positiv, AIDS)?	☐	☐
Haben oder hatten Sie eine Hepatitis?	☐	☐
Wenn ja, welche? _____		
Haben oder hatten Sie eine Chemo- bzw. Strahlentherapie?	☐	☐
Wenn ja, wann? _____		

Sollten Sie an einer Krankheit leiden, die hier nicht aufgeführt ist, bitten wir Sie, diese zu benennen:

_____

Unterrichten Sie uns bitte unaufgefordert, sobald sich Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes ergeben.

HINWEIS ZUR VERKEHRSTÜCHTIGKEIT NACH ZAHNÄRZTLICHEN BEHANDLUNGSTERMINEN

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann, und zwar sowohl durch die Behandlung an sich als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht sowie alles sorgfältig gelesen und verstanden habe. Alle Kosten der Behandlung werde ich selbst tragen, unabhängig von einer Erstattung durch etwaige Kostenträger.

Ort, Datum	Unterschrift
Ort, Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigter

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

zur Weitergabe personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 DSGVO. Ich stimme hiermit der Weitergabe meiner Behandlungsdaten, Fotos und Röntgenbilder an das Praxislabor bzw. das zahnärztliche Labor, Nachbehandler sowie sonstige Dritte zu. Zu diesem Zwecke entbinde ich die Praxis Dr. Achim Frischauf im Einzelfall von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin darüber informiert worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann. Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der davor behandelten Daten (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort, Datum	Unterschrift
Ort, Datum	Unterschrift Erziehungsberechtigter