



ZAHNÄRZTLICHE PRAXISKLINIK
DR. BÖSCH & KOLLEGEN

ANAMNESEBOGEN

Zahnärztliche Praxisklinik MVZ GmbH · Dr. Bösch & Kollegen
Martin-Niemöller-Str. 2 · 75179 Pforzheim · Tel. 07231 440128 · info@dr-boesch.de

Bitte füllen Sie diesen Bogen **vor Ihrem Termin** aus und bringen Sie ihn **unterschieden** mit. Sie können ihn direkt am Computer ausfüllen und anschließend ausdrucken oder ausgedruckt von Hand ausfüllen. Ihre Angaben sind für eine sichere Behandlung wichtig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Patient/in

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Versichert über (falls familienversichert)

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift

Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Name der Versicherung / Krankenkasse _____ E-Mail-Adresse _____

Telefon / Handy (privat) _____ Telefon (geschäftlich) _____

Beruf / Arbeitgeber _____ ☐ Schüler/in / Student/in

VERSICHERUNG

☐ Ich bin gesetzlich versichert

☐ Ich bin privat versichert

☐ Standardtarif

☐ Ich habe eine Zusatzversicherung

ERINNERUNGSSERVICE (RECALL)

Wir bieten unseren Patienten einen kostenlosen Erinnerungsservice (Recall) nur für die Professionelle Zahnreinigung an. Wenn Ja, bitte E-Mail-Adresse (oben) vervollständigen. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

Möchten Sie an unserem Recall teilnehmen? ☐ Ja ☐ Nein

FRAGEN ZUM ALLGEMEINEN GESUNDHEITZUSTAND

	Ja	Nein
Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?	☐	☐
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?	☐	☐
Wenn ja, welche?		
Nehmen Sie Medikamente für Ihren Knochenstoffwechsel? (bspw. für Osteoporose)	☐	☐
Hatten Sie eine Herzoperation? (Bypass-OP, Klappenersatz, Herzschrittmacher, o. ä.)	☐	☐
Bei Patientinnen: Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?	☐	☐
Rauchen Sie?	☐	☐
Sind Allergien bekannt? (Lokalanästhesie, Schmerzmittel, Antibiotikum, Penicillin, Metalle)	☐	☐
Wenn ja, welche?		



ERKRANKUNGEN (BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN)

- | | |
|---|--|
| ☐ Erkrankungen der Augen (z. B. Glaukom, grauer Star) | ☐ Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) |
| ☐ Erkrankungen des Blutes (Blutgerinnungsstörung, Herzinfarkt) | ☐ Anfallsleiden (Epilepsie) |
| ☐ Herz- und Kreislauferkrankungen (hoher/niedriger Blutdruck) | ☐ Lungenerkrankungen (Asthma) |
| ☐ Infektionskrankheiten, z. B. HIV, Hepatitis A, B, C, TBC | ☐ Lebererkrankung (Hepatitis A, B, C) |
| ☐ Tumor / Karzinom, Krebs | ☐ Osteoporose |
| ☐ Schilddrüsenerkrankung | ☐ Nierenfunktionsstörung |
| ☐ Rheuma | ☐ Creutzfeldt-Jakob-Krankheit |
| ☐ Arthritis | ☐ Magen-Darm-Erkrankung |
| ☐ Depressionen / Psychose | ☐ Frühere Parodontitisbehandlungen |
| ☐ Schlaganfall | ☐ Alkohol- / Drogenabhängigkeit |
| ☐ Sonstige, nicht aufgeführte Erkrankungen | |

Sonstige Erkrankungen – welche?

MEDIKAMENTE UND HAUSARZT

Nehmen Sie regelmäßige Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Medikamente

Haben Sie einen Medikamentenplan? (bitte gerne mitbringen)

☐ Ja

☐ Nein

Wer ist Ihr Hausarzt? (Name, Ort)

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung meiner Daten einverstanden. Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ gemäß DSGVO 2018 habe ich zur Kenntnis genommen. Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen, und vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können. Versicherungsbedingungen von Basistarif-/Postbeamten-/Reise- oder Notfallversicherungen werden nicht akzeptiert. Es erfolgt eine Berechnung frei nach der Gebührenordnung für Zahnärzte.

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.

Pforzheim, den

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigte/r)