



## ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
zur Sicherstellung einer komplikationslosen Behandlung in unserer Praxis ist es nötig, dass wir ihren momentanen Gesundheitszustand erfragen. Hierzu gehören Fragen zu akuten und chronischen Erkrankungen und von Medikamenten die Sie dauerhaft oder auch sporadisch einnehmen. Diese Daten unterliegen selbstverständlich dem Datenschutz und der ärztlichen Schweigepflicht und werden daher streng vertraulich behandelt. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

### PERSÖNLICHES

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Kontakt: \_\_\_\_\_  
Telefon E-mail Adresse

Beruf: \_\_\_\_\_

### ANGABEN ZU IHRER VERSICHERUNG

Privat

- Beihilfeberechtigt
- Es besteht ein Spezialtarif

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Gesetzlich

- Zahnzusatzversicherung
- Freiwillig versichert

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

### LEIDEN SIE AN EINER DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN

JA NEIN

Herz-/ Kreislaufsystem (z.B. Bluthochdruck)

Blutgerinnungsstörungen

Anfallsleiden (Epilepsie)

Lungenerkrankungen (z.B. Asthma bronchiale)

Stoffwechselerkrankungen (z.B. Zuckerkrankheit)

Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht)

Nierenerkrankungen




Rheuma  
Schilddrüsenerkrankungen  
Infektionserkrankungen (z.B. AIDS, Tuberkulose, MRSA)  
Nervensystem  
Sind Sie in Psychiatrischer / Psychologischer Behandlung  
Drogenabhängigkeit  
Allergien

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

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja welche?

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

Sind Sie schwanger?

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

Rauchen Sie?

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

Wer ist hier Hauszahnarzt? \_\_\_\_\_

**Achtung:**

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich **spätestens 48 Stunden vorher absagen**, da hier sonst die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, alle vorstehende Angaben in diesem Anamnesebogen nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß gemacht zu haben sowie die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner obigen Angaben**

Nürnberg, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Hinweis zu unserem Praxisablauf**

Wir sind eine Bestellpraxis. Dies bedeutet, jeder Termin wird individuell geplant und zeitlich angepasst um Ihnen die bestmögliche Behandlung zu bieten sowie um unnötige Wartezeiten zu vermeiden. Deshalb weisen wir Sie darauf hin, Termine rechtzeitig abzusagen damit diese anderweitig vergeben werden können. Bei nichtrechtzeitiger oder unentschuldigter Versäumnis nehmen wir es uns vor, die fest zugesagte Behandlung in Rechnung zu stellen und Ihnen einen Schadens- bzw. Ausfallhonorar von **75€ pro halbe Stunde** nach § 614 (BGB) zu berechnen.