

ANAMNESEBOGEN



ZAHNARZTPRAXIS

Dr. Klittich

Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich Ihrer sicheren Behandlung.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Straße:

Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

Beruf:

Versicherungsstatus

☐ Gesetzlich versichert

☐ Privat versichert

☐ Beihilfeberechtigt

☐ Zahnärztliche Zusatzversicherung

Allgemeine Anamnese und Systemerkrankungen

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

☐ Nein

☐ Ja, welche?

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?

☐ Nein

☐ Ja, welche?

Gab es Komplikationen bei früheren Zahnbehandlungen?

☐ Nein

☐ Ja, welche?

Liegen bei Ihnen derzeit oder lagen in der Vergangenheit folgende Erkrankungen oder Befunde vor?	Nein	Ja
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	☐	☐
Herzinfarkt	☐	☐
Herzrhythmusstörungen	☐	☐
Herzklappenersatz/Endokarditis/angeborener Herzfehler	☐	☐
Herzschritmacher	☐	☐
Schlaganfall	☐	☐
Diabetes mellitus	☐	☐
Schilddrüsenerkrankung	☐	☐
Osteoporose	☐	☐
Asthma	☐	☐
Epilepsie	☐	☐
Lebererkrankungen	☐	☐
Nierenerkrankungen	☐	☐
Blutgerinnungsstörung	☐	☐
Infektionserkrankungen (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose etc.)	☐	☐
Gelenkersatzoperationen (Knie, Hüfte, etc.)	☐	☐
Krebserkrankung	☐	☐
Bisphosphonat-/Denosumab-Therapie (aktuell oder früher)	☐	☐
Aktuelle Schwangerschaft (ggf. mit SSW)	☐	☐
Rauchen	☐	☐
Organtransplantation	☐	☐

Hinweis

Ich bestätige, dass ich die vorstehenden Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Änderungen meines Gesundheitszustandes oder meiner Medikation werde ich der Praxis unverzüglich mitteilen. Ihre Angaben sowie die im Rahmen der Behandlung erhobenen Gesundheitsdaten werden gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. b, c und Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO i.V.m. §§ 630 ff. BGB zum Zweck der Behandlung, Dokumentation und Abrechnung verarbeitet. Die ausführlichen Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten (u.a. Zwecke, Speicherdauer, Empfänger, Ihre Rechte) entnehmen Sie bitte unserer Datenschutzinformation in der Praxis bzw. unter <https://zahnarztklittich.de>.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____