Dr. Juliane WORSECK
ZAHNÄRZTIN

ANAMNESEBOGEN

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

„Bevor wir uns in Ruhe über Ihre Wünsche und Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht."

01 PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname

Geburtsdatum
TT.MM.JJJJ

Straße, Hausnummer

PLZ / Ort

Telefon

Mobil

E-Mail

Beruf

Gesetzlicher Betreuer (falls zutreffend)

Versicherungsstatus

☐ gesetzlich ☐ gesetzlich + Zusatz ☐ privat ☐ Beihilfe ☐ Basistarif

Versicherung / Kostenträger

Zusatzversicherung

Wie haben Sie uns gefunden?

☐ persönliche Empfehlung ☐ Google ☐ Website ☐ Instagram ☐ Jameda ☐ Sonstiges

Falls Empfehlung, von wem?

02 GRUND IHRES HEUTIGEN BESUCHS

☐ Kontrolle ☐ Prophylaxe ☐ Schmerzen ☐ Zahnfleisch ☐ Zahnersatz ☐ Ästhetik

☐ Kiefergelenksbeschwerden ☐ Schnarchen ☐ Erwachsenenkieferorthopädie ☐ Zweitmeinung

03 ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

Fragestellung	Ja	Nein
Haben Sie aktuell Zahnschmerzen?	◯	◯
Haben Sie Zahnfleischbluten oder Zahnfleischprobleme?	◯	◯
Knackt Ihr Kiefergelenk beim Kauen oder Gähnen?	◯	◯
Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen?	◯	◯
Schnarchen Sie?	◯	◯
Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?	◯	◯
Erhalten Sie regelmäßig eine professionelle Zahnreinigung?	◯	◯
Benutzen Sie Zahnseide oder Interdentalbürsten?	◯	◯
Hat sich Ihr Gesundheitszustand im letzten Jahr verändert?	◯	◯
Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung?	◯	◯

Wenn Sie in ärztlicher Behandlung sind, warum?

Regelmäßige Medikamente

Hausarzt / Facharzt

Allergien / Unverträglichkeiten (z.B. Penicillin, Latex, Metalle)?

◯ Ja ◯ Nein

Bitte Details angeben...

04 ZAHNÄRZTLICHE VORGESCHICHTE

Fragestellung	Ja	Nein
Wurden in den letzten zwei Jahren Röntgenaufnahmen angefertigt?	◯	◯
Gab es jemals Probleme bei einer örtlichen Betäubung?	◯	◯
Bereits eingesetzter Zahnersatz?	◯	◯

Falls ja, bitte kurz erläutern / Zeitpunkt angeben:

Sonstige Informationen zur zahnärztlichen Vorgeschichte

05 ALLGEMEINE GESUNDHEIT

Erkrankung / Zustand	Ja	Nein	Erkrankung / Zustand	Ja	Nein
Herzschrittmacher	◯	◯	Künstliches Gelenk — Seit wann	◯	◯
Herzinsuffizienz	◯	◯	Herzrhythmusstörung	◯	◯
Bluthochdruck	◯	◯	Herzinfarkt	◯	◯
Diabetes	◯	◯	Blutverdünner	◯	◯
Osteoporose	◯	◯	Rheuma	◯	◯
Glaukom (Grüner Star)	◯	◯	Epilepsie	◯	◯
Asthma	◯	◯	Chronische Immunschwäche	◯	◯
Hepatitis	◯	◯	Depressionen	◯	◯
Blutgerinnungsstörung	◯	◯	Bulimie / Essstörung	◯	◯
Schlaganfall	◯	◯	Bisphosphonate	◯	◯

Schwangerschaft?

◯ Nein ◯ Ja Monat

Rauchen?

◯ Nein ◯ Ja Wie viele?

Weitere wichtige gesundheitliche Informationen

06 EINWILLIGUNGEN UND ORGANISATORISCHE HINWEISE

- ☐ Ich wünsche eine Erinnerung an meine Vorsorge- und Prophylaxetermine (Recall).
- ☐ Ich bin mit Terminbestätigungen und organisatorischen Informationen per Telefon, SMS oder E-Mail einverstanden.
- ☐ Ich bin mit der gesetzlich zulässigen Weitergabe meiner Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte, zahntechnische Labore, Abrechnungsstellen und sonstige gesetzlich zulässige Empfänger einverstanden.
- ☐ Ich habe die Datenschutzhinweise gemäß Art. 13 DSGVO erhalten bzw. zur Kenntnis genommen.
- ☐ Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

07 TERMINABSAGE / AUSFALLHONORAR

„Unsere Praxis arbeitet als Bestellpraxis. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um Absage spätestens 24 Stunden vorher. Für Terminabsagen und versäumte Termine wird unabhängig vom Grund ein Ausfallhonorar berechnet. Wir bemühen uns, kurzfristig frei werdende Behandlungstermine mit Patientinnen und Patienten von unserer Warteliste neu zu besetzen. Gelingt uns dies, wird selbstverständlich kein Ausfallhonorar berechnet."

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Digitale Signatur / Name

Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in (bei Minderjährigen)

Digitale Signatur / Name des Vertreters