

# Anamnesebogen



Praxis Dres. Häckel  
**ZAHNÄRZTE**

## Patient

Name: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

mobil: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Beruf/ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

An Erziehungsberechtigte: Name und Geburtsdatum des Elternteils,  
über den das Kind versichert ist: \_\_\_\_\_

## Versicherung

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_ Gesetzlich  privat

Private Zusatzversicherung: **Ja**  **Nein**

## Versicherter (falls abweichend vom Patienten)

Name: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

## Gesetzlicher Vertreter (falls vorhanden)

Name: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

mobil: \_\_\_\_\_

Möchten Sie regelmäßig an einen Kontrolltermin erinnert werden? **Ja**  **Nein**

Hierzu bitte E-Mail-Adresse angeben: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung  Jameda-Bewertung  Google-Rezension  Instagram

**Ja**    **Nein**

## Leiden Sie unter Allergien gegen z.B.:

Lokalanästhesie

Schmerzmittel

Antibiotika

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Leiden Sie unter Herz-Kreislauf-Erkrankungen?

Hoher Blutdruck

Niedriger Blutdruck

Herzoperation

wenn ja, welche & wann ca. \_\_\_\_\_

Herzschrittmacher

Endokarditis

Herzklappe

**Bitte Rückseite beachten.**

Ja      nein

Herzfehler      

Leiden Sie an Infektionskrankheiten?

HIV      

Hepatitis, wenn ja A  B  C       

Tuberkulose      

Leiden Sie unter weiteren Krankheiten?

Blutgerinnungsstörung      

Asthma      

Lungenerkrankung      

Schilddrüsenerkrankung      

Epilepsie      

Diabetes, wenn ja HbA1c: \_\_\_\_\_      

Grüner Star (Glaukom)      

Nierenfunktionsstörung      

Ohnmachtsneigung      

Osteoporose      

wenn ja, nehmen Sie Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen,

wie z.B. Bisphosphonate oder wurden diese in der Vergangenheit eingenommen oder gespritzt? Ja  nein

Leiden Sie unter sonstigen Krankheiten wie z.B. Krebs, körperlichen oder geistigen Einschränkungen?

Ja  Wenn ja welche? \_\_\_\_\_ nein

Haben Sie Gelenkersatz? Z.B. Kniegelenk      Ja  nein

### Allgemeine Angaben

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Blutverdünner), wenn ja welche: \_\_\_\_\_

---

**Bitten Sie Ihren Hausarzt um einen Medikamentenplan und führen Sie diesen immer mit sich.**

**Wir erstellen uns gerne eine Kopie.**

Ja      nein

Liegt ein aktueller Pflegegradnachweis vor?      

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele pro Tag: \_\_\_\_\_      

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?      

Gerade, schöne Zähne in wenigen Wochen? Interessiert?      

Wünschen Sie sich hellere Zähne?      

### Vereinbarung zum Ausfallhonorar bei Nicht-Erscheinen eines geplanten Behandlungstermins (gemäß § 615 BGB)

Sie kommen zur Zahnarztbehandlung in eine Praxis, die nach Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist. Wenn Sie die vereinbarten Termine nicht einhalten können, müssen Sie diese **spätestens 24 Stunden** vorher absagen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten. Die Ausfallgebühr beträgt **35 EUR pro 1/4 Stunde** für Termine bei unseren Zahnärzten und **50 EUR pro 1/2 Stunde** für Termine bei unseren Prophylaxemitarbeiterinnen. Diese kann für die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden - es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt oder eingehalten wird.

**Ich habe gelesen und verstanden**

### Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für die Behandlung (außer akuter Schmerzen) die Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten notwendig.

Ich habe das alleinige Sorgerecht  Ja

**Nein, der andere Elternteil und ich haben das gemeinsame Sorgerecht**

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_