



Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns, Sie bei uns begrüßen zu dürfen. Damit wir Sie bestmöglich behandeln können, bitten wir Sie, sich ein paar Minuten Zeit zu nehmen, um diesen Anamnesebogen auszufüllen. Ihre Angaben helfen uns, Ihre Behandlung individuell und sicher zu gestalten. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Daten vertraulich und entsprechend den gesetzlichen Datenschutzvorgaben.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen und Ihre Mithilfe – gemeinsam sorgen wir für Ihre bestmögliche Versorgung!

Persönliche Daten:

Name	Vorname
Anschrift	Geb.
Telefon privat	Geburtsort
Email	Mobil
Beruf – Arbeitgeber	Hausarzt

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Empfehlung Internet Sonstiges _____

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung? ☐ ja ☐ nein

Knirschen Sie mit den Zähnen? ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie Medikamente aus der Gruppe der **Bisphosphonate** (z.B. Zometa, Bondronat, Lodronat, Aredia, Fosavance, Fosamax etc.) ? ☐ ja ☐ nein

Schön,
dass
Sie da
sind!

Wurden schon mal bei Röntgenaufnahmen von den Zähne gemacht ?

Wenn ja, wann war letztes Mal? _____

Herz- Kreislauferkrankungen:

Herzklappenersatz	☐ ja	☐ nein
Herzschrittmacher	☐ ja	☐ nein
Hoher Blutdruck	☐ ja	☐ nein
Niedriger Blutdruck	☐ ja	☐ nein
Schlaganfall	☐ ja	☐ nein

Infektionskrankheiten:

HIV-Aids	☐ ja	☐ nein
Tuberkulose	☐ ja	☐ nein
Hepatitis A,B,C	☐ ja	☐ nein

Sonstige Erkrankungen:

Diabetes	☐ ja	☐ nein
Magen-Darm-Traktes	☐ ja	☐ nein
Gelenke (Rheuma)	☐ ja	☐ nein
Osteoporose	☐ ja	☐ nein
Epilepsie	☐ ja	☐ nein
Grünen Star	☐ ja	☐ nein
Schilddrüsen	☐ ja	☐ nein
Lebererkrankungen	☐ ja	☐ nein
Nierenerkrankungen	☐ ja	☐ nein
Lungenerkrankungen	☐ ja	☐ nein
Gelenke / Gelenkprothese	☐ ja	☐ nein
Blutgerinnungsstörung	☐ ja	☐ nein
Epilepsie (Anfallsleid)	☐ ja	☐ nein

Sonstige Erkrankungen ? _____

Möchten Sie per E-Mail oder
telefonisch an Ihre Termine erinnert
werden?

☐ ja ☐ nein

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, gegen welche?

Sind Sie schwanger?

Wenn ja, in welcher Woche?

Wurden Sie schon mal in den letzten 12 Monaten operiert?

Wenn Ja, welche Op war das und wo ?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn Ja, welche?

Alkoholabhängigkeit	☐ ja	☐ nein
Drogenabhängigkeit	☐ ja	☐ nein
Tabakkunsum	☐ ja	☐ nein

Patienteninformation & Einverständniserklärung

- Bitte sagen Sie Termine mind. 48 Std. vorher ab. Bei Nichterscheinen ohne rechtzeitige Absage kann eine Ausfallgebühr nach § 615 BGB berechnet werden.
- Bringen Sie Ihre gültige Krankenversichertenkarte zu jedem Termin mit. Ohne Karte innerhalb von 14 Tagen erfolgt Privatabrechnung.
- Nicht von der Krankenkasse übernommene Leistungen werden nach GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) berechnet.
- Nach Behandlungen mit Betäubung kann die Fahrtüchtigkeit bis zu 24 Std. eingeschränkt sein. Auf Wunsch organisieren wir ein Taxi.
- Ich bin damit einverstanden, dass von allen behandelnden Ärzten Einsicht in die vorhandenen Dokumentation von Dres. Jäkel genommen werden darf.

Ort / Datum _____

Unterschrift _____