



## Dentale MVZ

Prager Straße 2, 04103 Leipzig  
praxis@dentale.de - www.dentale.de

# DENTALE

ZAHNMEDIZINISCHES  
VERSORGUNGS  
ZENTRUM

## Herzlich willkommen in unserer Praxis !

Wenn Sie unsere Praxis aufsuchen, benötigen wir von Ihnen verschiedene Angaben und persönliche Daten. Es ist sehr wichtig zu wissen, worauf wir bei Ihnen besonders achten müssen und wie wir Sie optimal versorgen können.

Danke, dass Sie sich dafür Zeit nehmen. Bitte deutlich lesbar ausfüllen.

## Personalien

Patient

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

Pflegestufe (bitte Nachweis vorlegen)

Versicherter

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

Mutter  Vater  Betreuer (Vollmacht vorlegen)

Adresse

.....  
Straße

.....  
PLZ, Wohnort

.....  
Telefon (Festnetz / Mobil)

.....  
E-Mail

Beruf (Angabe freiwillig)

.....

Krankenkasse .....

Versicherungsstatus

gesetzlich versichert

pflichtversichert

freiwillig versichert

private Zusatzversicherung

privat versichert

voll versichert

Beihilfe

Basistarif (Pflichtangabe gemäß § 257 Abs. 2a SGB V)

## Termin- / Bestellsystem

Diese Praxis wird nach einem Bestellsystem mit telefonischer Voranmeldung geführt, um längere Wartezeiten zu vermeiden. Trotzdem kann es durch Unwägbarkeiten (Unfallpatienten, Schmerzpatienten, etc.) zu längeren Wartezeiten kommen. Selbstverständlich versuchen wir, Sie in solchen Situationen zu informieren. Sollten Sie zu einem Termin verhindert sein, so bitten wir Sie um frühzeitige Absage.

Für versäumte, nicht abgesagte Termine zur professionellen Zahnreinigung / Prophylaxe berechnen wir eine Ausfallgebühr in Höhe von 40€ (§615 BGB).

## Anamnesebogen

Krankheiten oder Erkrankungen jeder Art können auch Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben oder vom Zahnarzt besondere Maßnahmen erfordern. Deswegen bitten wir Sie - in Ihrem Interesse - diesen Fragebogen auszufüllen. Dieser verbleibt bei dem Krankenblatt, das wir für Sie führen. Alle Angaben unterliegen der bekanntlich sehr strengen ärztlichen Schweigepflicht und werden ausschließlich dazu verwendet, unsere Behandlungsmaßnahmen Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Dieser Fragebogen ist gesetzlich vorgeschrieben.

Bei Fragen wenden Sie sich gern an unser Praxisteam.

**Bitte wenden**

<b>Herz- / Kreislaufferkrankungen:</b>	Ja	Nein		Ja	Nein
Zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzasthma, Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher (wann: ____ )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
künstliche Herzklappe (wann: _____ )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endokarditisprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt (wann: _____ )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzpass ? Bitte vorlegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Gefäßerkrankungen:</b>	Ja	Nein		Ja	Nein
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall (wann: _____ )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Bluterkrankungen:</b>	Ja	Nein		Ja	Nein
Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnahme gerinnungshemmender Medikamente <input type="checkbox"/> Falithrom <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Eliquis <input type="checkbox"/> Xarelto					

andere Blutverdünner: \_\_\_\_\_

<b>Lungenerkrankungen:</b>	Ja	Nein		Ja	Nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

<b>Augenerkrankungen:</b>	Ja	Nein		Ja	Nein
Grüner Star / Glaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere: _____		

<b>Stoffwechselerkrankungen:</b>	Ja	Nein		Ja	Nein
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Überfunktion / Unterfunktion?)		

<b>Infektionskrankheiten:</b>	Ja	Nein		Ja	Nein
Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aids / HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

<b>Erkrankung Nervensystems:</b>	Ja	Nein		Ja	Nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krämpfe / Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

<b>Allergien:</b>	Ja	Nein		Ja	Nein
(Bitte legen Sie uns Ihren <b>Allergiepass</b> zum Kopieren vor)					
Antibiotika-Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Latex-Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

andere: \_\_\_\_\_

<b>andere Erkrankungen:</b>	Ja	Nein		Ja	Nein
Leiden Sie unter Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Besteht oder bestand bei Ihnen eine Tumorerkrankung:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt? (Bisphosphonate: bei Osteoporose oder Tumorerkrankung, z. B. halbjährliche Spritze)?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sonstige Krankheiten:** \_\_\_\_\_  
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? Gern können Sie uns auch Ihren **Medikamentenplan** vorlegen.

<b>Weitere Angaben:</b>	Ja	Nein		Ja	Nein
Sind Sie schwanger? (SSW: )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind oder waren Sie drogenabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über 10 Zigaretten täglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

### Erklärung

Ich habe diesen Anamnesebogen gelesen, und versichere, alle Angaben entsprechend meinem eigenen Informationsstand gemacht zu haben. Ich verpflichte mich, Änderungen mitzuteilen.

Leipzig, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_