

# Anamnesebogen

Dr. Thomas Kettner

Dr. Claudia Hoffmann



Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Für eine individuelle, auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte Behandlung und Beratung benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Verschiedene Krankheiten können Auswirkungen auf Ihre zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie vor Ihrer Behandlung einige Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand und eventuellen Vorerkrankungen zu beantworten. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geschlecht: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum/-ort: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ /Ort: \_\_\_\_\_  
Handynummer: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

## Krankenkasse / private Krankenversicherung

gesetzlich versichert  ja  nein      privat versichert  ja  nein      Basistarif  ja  nein  
Zusatzversicherung  ja  nein      beihilfeberechtigt  ja  nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ /Ort: \_\_\_\_\_

## Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Evtl. Tel.: \_\_\_\_\_

## Von welchem Zahnarzt wurden Sie überwiesen?

Name: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Evtl. Tel.: \_\_\_\_\_

Liegt ein Pflegegrad vor?  ja  nein      Wenn ja, welcher Schweregrad? \_\_\_\_\_

Stehen Sie zurzeit in Ärztlicher Behandlung?      Wenn ja, weshalb? \_\_\_\_\_

Wann war Ihre Röntgenuntersuchung im Kopfbereich? \_\_\_\_\_

# Anamnesebogen

Dr. Thomas Kettner

Dr. Claudia Hoffmann



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

## Bestehen bei Ihnen folgende Erkrankungen?

- Allergien, wenn ja, welche? Haben Sie einen Allergiepass? \_\_\_\_\_
- Anfallsleiden (Epilepsie)
- Atemwegserkrankung, wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Blutgerinnungsstörung
- Diabetes  Typ1  Typ2
- Grüner Star (erhöhter Augendruck)
- Hämatologische Erkrankungen(Erkrankung blutbildender Organe)
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen  Herzinsuffizienz/-schwäche
- Koronare Herzkrankheit / Agina pectoris  Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Herzrhythmusstörungen  Herzinfarkt, wenn ja, wann? \_\_\_\_\_
- Herzschrittmacher  Herzklappenfehler/-ersatz
- Erhöhter Blutdruck  Verminderter Blutdruck
- Durchblutungsstörung
- Infektionskrankheiten, wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Hepatitis  A  B  C
- Immunmangel-Syndrom(AIDS)
- Lebererkrankungen
- Magen-Dram-Erkrankung  Morbus Crohn
- Nierenerkrankung  chronische Niereninsuffizienz
- Dialyse
- Osteoporose
- Rheumaerkrankung
- Schilddrüsenerkrankungen
- Nervenerkrankungen
- Tumorerkrankungen
- Künstliche Gelenke, wenn ja, wo? \_\_\_\_\_
- Durchblutungsstörung

Nehmen Sie Blutgerinnungshemmende Medikamente  nein  ja  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Bisphosphonate?  nein  ja  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie andere Medikamente  nein  ja  wenn ja, welche? (Bitte lassen Sie uns Ihren  
Medikamentenplan zukommen)

Frühere Operationen:  nein  ja  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft  nein  ja  wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

Stillen Sie derzeit?  nein  ja

Rauchen Sie?  nein  ja  wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? \_\_\_\_\_

Haben Sie Angst vor  
der Behandlung  nein  ja

# Anamnesebogen

Dr. Thomas Kettner

Dr. Claudia Hoffmann



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

Vorname: \_\_\_\_\_

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Bitte sagen Sie Ihren Termin spätestens 24 Stunden vorher ab, damit wir diese Lücke wieder besetzen können. Wir führen Terminwartelisten, die Sie bei Bedarf auch gerne nutzen können. Bitte sprechen Sie uns an.

## Hinweis für gesetzlich Krankenversicherte Patienten:

Laut Kassenvertrag soll bei Nichtvorlage der Krankenversichertenkarte eine Privatabrechnung erfolgen, wenn die Karte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungstermin beigebracht wird. Bitte vermeiden Sie diese Maßnahme!

## Hinweis für privatversicherte und beihilfeberechtigte Patienten:

Die Rechnungsstellung erfolgt gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte / Ärzte. Erstattungseinschränkungen gemäß den Bestimmungen Ihres Versicherungstarifes oder restriktiver Beihilfeverordnungen können bei der Rechnungslegung nicht berücksichtigt werden.

Material- u. Laborkosten werden gemäß GOZ § 9 nach tatsächlichem Aufwand berechnet.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB. sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Der Speicherung meiner Daten stimme ich zu.

Ich entbinde im Falle einer Weiter- bzw. Mitbehandlung anderer Zahnärzte / Ärzte Herrn Dr. Thomas Kettner und Frau Dr. Claudia Hoffmann von der Schweigepflicht und erkläre mich einverstanden, dass meine zahnärztlichen Behandlungsunterlagen (Behandlungsblätter, Röntgenbilder, Modelle, usw.) sowie weitere Auskünfte über die betreffende Behandlung auf Anforderung an weiter- bzw. mitbehandelnde Zahnärzte / Ärzte übersandt werden.

Ich verpflichte mich, rechtzeitig Änderungen meiner Adresse und sonstiger Personalien sowie meines Gesundheitszustandes mitzuteilen.

---

Datum und Unterschrift Patient / gesetzl. Vertreter

## Recall

Ich möchte den „Recall-Service“ Ihrer Praxis in Anspruch nehmen.  
Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen an einen Untersuchungstermin per Brief E-Mail  
Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

---

Datum und Unterschrift Patient / gesetzl. Vertreter