

# INFORMATIONEN- UND ANAMNESEBOGEN

## PERSÖNLICHE ANGABEN

Bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst gewissenhaft aus.  
Selbstverständlich unterliegen sämtliche Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

### PATIENT

Vor- und Nachname

Geburtstag (tt.mm.jjjj)

### MITGLIED/VERSICHERTER

Vor- und Nachname

Geburtstag (tt.mm.jjjj)

Straße

PLZ

Ort

Telefon

Mobil

E-Mail

Beruf

Krankenkasse

☐ freiwillig versichert ☐ beihilfsberechtigt ☐ zusätzlich versichert

Einwilligung zur Befüllung der ePa?  
(elektronische Patientenakte)

☐ ja ☐ nein

Liegt eine Pflegebedürftigkeit vor?

☐ ja ☐ nein  
Welcher Schweregrad?

FÜR PRIVAT VERSICHERTE

In welchem Tarif sind Sie versichert?

☐ Basis ☐ Standard

## WAS FÜHRT SIE ZU UNS?

## WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

☐ Empfehlung

☐ Telefonbuch

☐ Internet

Vor- und Nachname des Empfehlers

☐ Promedent Webseite

☐ Jameda

☐ Instagram

☐ Google

☐ Facebook

☐ andere

☐ Sonstiges

BITTE WENDEN ►►►►

**PROMEDENT®**  
PROFIS FÜR MEINE ZÄHNE!

## ALLGEMEINE SITUATION

|                                                            | JA                       | NEIN                     |
|------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hausarzt                                                   |                          |                          |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welche? (Marcumar, Herz-ASS, etc.)                         |                          |                          |
| Penicillinallergie?                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Medikamentenallergie?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Allergien?                                        |                          |                          |
| Traten Nebenwirkungen durch zahnärztliche Spritzen auf?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzerkrankung?                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzmuskelentzündung (Endokarditis)?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hoher Blutdruck?                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niedriger Blutdruck?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutgerinnungsstörung?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenfunktionsstörung?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes?                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infektionskrankheiten (HIV/Hepatitis/Tuberkulose)?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Creutzfeld-Jakob-Krankheit oder deren Variante (CJK,vCJK)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall?                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung?                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung?                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose?                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Erkrankungen?                                     |                          |                          |

## ZAHN-MUND-SITUATION

|                                                                         | JA                       | NEIN                     |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Haben Sie gelegentlich Zahnfleischbluten?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Mundgeruch?                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie schon eine Parodontosebehandlung? Wann? _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Interesse an einer Vorsorge gegen Karies/Zahnfleischrückgang? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne zufrieden?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben/hatten Sie Schmerzen beim Mundöffnen, Gähnen oder Kauen?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind einzelne Zähne besonders empfindlich?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie wegen Nackenverspannungen/Kopfschmerzen in Behandlung?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Was ist Ihr besonderes Anliegen?                                        |                          |                          |
| Wann wurden die letzten Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne gemacht?           |                          |                          |
| Bei welchem Zahnarzt?                                                   |                          |                          |

## FÜR PATIENTINNEN

|                                           | JA                       | NEIN                     |
|-------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Besteht eine Schwangerschaft? _____ Woche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## UNSER SERVICE FÜR SIE

|                                                                       | JA                       | NEIN                     |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Erinnerung per SMS an Ihren nächsten Termin erwünscht?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ihre Mobiltelefonnummer _____                                         |                          |                          |
| Erinnerung per Post an Ihren halbjährlichen Kontrolltermin erwünscht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## WICHTIGE HINWEISE

Wir weisen Sie darauf hin, dass durch Injektionen zur lokalen Betäubung die Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigt sein kann. Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mit. Wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt, teilen Sie uns dies bitte auch umgehend mit. Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt, d.h. die vereinbarten Termine werden exklusiv für Sie reserviert. Sollten Sie einen reservierten Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Wir behalten uns vor, die Ausfallzeit für nicht eingehaltene Termine in Rechnung zu stellen.

## DATENSCHUTZ

Ja, ich bestätige, dass meine personenbezogenen Daten zum Zwecke der Anamnese gespeichert und verarbeitet werden. Die Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen und verstanden. Die Datenschutzerklärung liegt in der Praxis aus. Für den SMS-Erinnerungsservice nutzen wir den Service von Dampsoft GmbH und CM.com Germany GmbH. Ihre personenbezogenen Daten für die Terminerinnerung werden an das auftragsverarbeitende Unternehmen zu diesem Zweck weitergeleitet. Sie können die Einwilligung zum SMS-Erinnerungsservice jederzeit widerrufen. Die Übertragung auf den Dampsoft Server erfolgt via Transportverschlüsselung.

Ort/Datum

Unterschrift