



DR. MED. DENT.
NORMAN KRELLER
DR. MED. DENT.
NORA KRELLER

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis!

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen aus, damit wir Sie nach Ihren Wünschen und in Übereinstimmung mit Ihrem Gesundheitszustand behandeln können. Wir hoffen auf Ihr Verständnis, dass wir diesen Fragebogen regelmäßig aktualisieren. Dies geschieht in unserem gemeinsamen Interesse. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben auf das Strengste der ärztlichen Schweigepflicht nach §203 STGB und Ihre personenbezogenen Daten werden nach Vorgaben des Bundesdatenschutzes behandelt.

Bei Unklarheiten zögern Sie bitte nicht uns anzusprechen.

Persönliche Daten

Name	Beruf
Vorname	Geburtstag
Straße	Telefon
PLZ/Ort	E-Mail

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Freunde/ Bekannte/ Verwandte

Wer? _____

☐ Internet: Google, Facebook

☐ Jameda

☐ Doctolib

Haben Sie Angst vor dem Zahnarztbesuch?

☐ Nein, überhaupt nicht

☐ Ich bin sehr nervös

☐ Ich bin ein wenig nervös

☐ Ich habe große Angst



Ihr Versicherungsstatus:

☐ Gesetzliche Krankenversicherung

☐ Private Krankenversicherung

Name: _____

☐ Hiermit bestätige ich, dass ich nicht im Basis-, Standard- oder Studententarif der privaten Krankenversicherung versichert bin.

Allgemeinmedizinische Anamnese

(Bitte zutreffendes ankreuzen ☒)

Name & Adresse Ihres Hausarztes:

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Infektionserkrankungen:

HIV/ AIDS

☐ Nein

☐ Ja

Hepatitis A, B oder C

☐ Nein

☐ Ja

Tuberkulose

☐ Nein

☐ Ja

Allergien/ Unverträglichkeiten (Latex, Farbstoffe etc.):



Haben Sie ... wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie dagegen?:

- | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| • Herz – Kreislaufstörungen bzw. -erkrankungen | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Medikamente: _____ | | |
| • Blutgerinnungsstörungen (z. B. Aspirin, Marcumar) | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Medikamente: _____ | | |
| • Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma bronchiale/
allergisches Asthma, COPD) | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Medikamente: _____ | | |
| • Osteoporose (Bisphosphonate als Tabletten oder halbjährliche
Injektion) | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Medikamente: _____ | | |
| • Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus I/ II) | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Medikamente: _____ | | |
| • Schilddrüsenerkrankungen | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Medikamente: _____ | | |
| • Rheuma | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Medikamente: _____ | | |
| • Epilepsie | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Medikamente: _____ | | |
| • Nierenfunktionsstörungen | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Medikamente: _____ | | |
| • Tumorerkrankungen | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Medikamente: _____ | | |
| • Ohnmachtsneigung | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Medikamente: _____ | | |
| • Andere Erkrankungen | ☐ Nein | ☐ Ja |
| _____ | | |

Allgemeine Angaben:

- | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| • Rauchen Sie? | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Wenn ja, wie viele Zigaretten/ tgl: _____ | | |
| • Sind Sie schwanger? | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Wenn ja, welcher Monat: _____ | | |



Zahnmedizinische Anamnese

(Bitte zutreffendes ankreuzen ☒)

Hatten Sie schon ungewöhnliche Reaktionen auf eine zahnärztliche Spritze?

☐ Nein ☐ Ja

Haben Sie Probleme mit Ihrem Zahnfleisch (Bluten, Rückgang, Brennen)?

☐ Nein ☐ Ja

Beobachten Sie Zahnlockerungen?

☐ Nein ☐ Ja

Haben Sie überempfindliche Zähne (z. B. bzgl. Kälte, Süßem)?

☐ Nein ☐ Ja

Beißen sich Speisereste zwischen den Zähnen ein?

☐ Nein ☐ Ja

Haben Sie häufig einen schlechten Geschmack im Mund oder Mundgeruch?

☐ Nein ☐ Ja

Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine Parodontitis Behandlung durchgeführt?

☐ Nein ☐ Ja

Hatten Sie einen Unfall mit Verletzungen im Kopf- oder Halsbereich?

☐ Nein ☐ Ja

Haben Sie Schmerzen oder Probleme bei der Mundöffnung oder beim Kauen?

☐ Nein ☐ Ja

Knirschen Sie mit den Zähnen oder pressen Sie stark aufeinander?

☐ Nein ☐ Ja

Reiben, knacken oder klemmen bei Bewegungen die Kiefergelenke?

☐ Nein ☐ Ja

Wurden Ihre Zähne innerhalb des vergangenen Jahres geröntgt?

☐ Nein ☐ Ja



Sind sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden?

☐ Ja ☐ Nein

Würden Sie gerne etwas an der Ästhetik Ihren Zähnen verändern lassen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, was? _____

Sollen wir Sie an Ihre regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen und an die Termine für Ihre professionelle Zahnreinigung erinnern?

☐ Ja ☐ Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle Angaben nach meinem aktuellen Wissensstand beantwortet habe.



Datum

Unterschrift Patient/ -in

Unterschrift Arzt/ Ärztin

Sollten Sie einen Termin absagen müssen, dann vergeben wir diesen gerne an andere Patienten, die dringend auf einen warten. Dies ist jedoch nur dann möglich, wenn Sie

rechtzeitig telefonisch, per e-mail oder über Doctolib
absagen, d. h. **24 Stunden vor Ihrem Termin.**

Wir weisen Sie daher höflich darauf hin, dass wir Ihnen im Falle einer **Nichtabsage** oder **verspäteter Absage** gem. §§ 304, 683 BGB einen Aufwendungsersatz **bis zu 85.00 Euro/ halbe Stunde zzgl. Porto** in Rechnung stellen können.

Dieser Mehraufwendungsersatzanspruch fällt grundsätzlich, unabhängig von den Umständen des Versäumens an. Es handelt sich nicht um einen Schadenersatzanspruch, sondern um einen Kostenerstattungsanspruch. Für diesen Fall möchten wir mit Ihnen eine übliche, bewährte und juristisch bereits vielfach bestätigte Regelung vereinbaren, da eine Terminvereinbarung mit Zeitbindung einer beiderseitigen vertraglichen Vereinbarung entspricht. Die Einverständniserklärung dazu gehört zu dieser Vereinbarung.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Ich stimme den oben genannten Vereinbarungen mit meiner Unterschrift zu.



Unterschrift Patient/ -in