



Zahnarztpraxis  
**Dr. Müller**

**Liebe\*r Patient\*in,**

willkommen in unserer Praxis! Damit Ihr Termin bei uns so angenehm wie möglich wird, benötigen wir Ihre Hilfe. Bitte füllen Sie diesen Bogen gewissenhaft aus, damit wir Sie optimal behandeln können – auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.  
Bitte informieren Sie uns bei Änderungen der hier gemachten Angaben!

Ihre Zahnarztpraxis Dr. Müller

## ANAMNESEBOGEN

### PERSÖNLICHE DATEN

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

---

Versicherte\*r

---

Straße

PLZ/Ort

---

Telefon

Telefon/Mobil

---

Email

### VERSICHERUNG

---

Krankenkasse

gesetzlich versichert  Zusatzversicherung \_\_\_\_\_  privat versichert

Bitte wenden





## ALLGEMEINE GESUNDHEITSSITUATION

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

	ja	nein		ja	nein
Hoher / niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Wenn ja, welche?</i>		
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Wenn ja, welche?</i>		
Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, Tbc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Herzerkrankungen <i>Wenn ja, welche?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			<i>Wenn ja, welche?</i>		
Haben Sie einen Herzpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Benötigen Sie eine Endokarditis- prophylaxe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

## DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

### FÜR DIE VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER PATIENTENDATEN GEMÄSS ART. 6,7 ABS. 1 LIT. A DSGVO

Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs 3 Satz 2 DSGVO).

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben und Ihre Zustimmung zur Speicherung Ihrer Patientendaten nachfolgend mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift