

**Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,**

Um Ihnen eine optimale Behandlung zu ermöglichen, benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie Fragen haben, helfen wir Ihnen gern

Anamnesebogen 12/11/15

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
**Patient** (Name, Vorname) | Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
**Versicherter** (Name, Vorname) | Geburtsdatum:

Meldeanschrift des Versicherten | \_\_\_\_\_

Telefon | \_\_\_\_\_ | E-Mail | \_\_\_\_\_

Krankenkasse | \_\_\_\_\_ | Versicherungsart \*  Pflichtversichert  freiwillig  privat

Beruf \* | \_\_\_\_\_ | Arbeitgeber \* | \_\_\_\_\_

Anschrift, Telefon des Arbeitgebers \* | \_\_\_\_\_

Ihr Hausarzt: Name, Adresse, Telefon | \_\_\_\_\_

Wie wurden sie auf unsere Praxis aufmerksam? | \_\_\_\_\_

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen oder Unverträglichkeiten?

Allergien:  Nickel  Amalgam  Quecksilber  Penicillin  Aspirin  Nelkenöl  Jod (Pflaster)  
 Latex (z.B. Handschuhe) sonstige | \_\_\_\_\_

Ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen:

Spritzen  Medikamente: | \_\_\_\_\_

Epilepsie  Asthma  Blutgerinnungsstörungen | \_\_\_\_\_

Diabetes Typ 1,  Typ 2  Hämatologische Erkrankungen | \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten:  Hepatitis sonstige | \_\_\_\_\_

Immunmangelsyndrome:  AIDS sonstige | \_\_\_\_\_

sonstige | \_\_\_\_\_

Herzschwäche  Hypotonie (Niedriger Blutdruck)  Hypertonie (Erhöhter Blutdruck)

Herzinfarkt  Herz-Schrittmacher  Rheumatoide Arthritis

Skelettsystem/Knochen:  Beschwerden beim Zubeißen/Kauen  Schmerzen beim Öffnen des Mundes

\* Freiwillige Angabe

Bitte wenden!

**DR. MED. DENT.**

**Fekry Sito**

Marktplatz 1  
22844 Norderstedt  
Tel: 040 / 525 11 31  
Fax: 040 / 521 78 47  
www.dr-sito.de  
info@dr-sito.de

Sprechzeiten  
Montag - Freitag  
09:00- 14:00  
Mo. Di. & Do.  
15:00 - 18:00  
und nach Vereinbarung

Kiefergelenkknacken, Gelenkgeräusche  Osteoporose

sonstige | \_\_\_\_\_

Leiden sie unter folgenden Beschwerden?  Schnarchen (Mundtrockenheit)  Kopfschmerzen

Nackenverspannung  Schmerzen in Schläfenregion  Ohr- Bereich, Schwindel, Tinnitus

sonstige | \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft?  nein  ja | | | Monat

Nehmen Sie z.Z. Medikamente ein?  nein  ja: | \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  nein  ja ca. | | | Zigaretten am Tag

Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Kopfbereich geröntgt worden?  nein  ja

Sonstige Anmerkungen | \_\_\_\_\_

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt? | \_\_\_\_\_

Haben sie Angst vor der Behandlung?  nein  ja

Wann haben Sie die letzte professionelle Zahnreinigung durchführen lassen? | \_\_\_\_\_

Wie Sie sicherlich wissen, wird zur Vermeidung von Zahn-Mund und Kiefererkrankungen empfohlen, viertel- oder halbjährliche Kontrolluntersuchungen durchführen zu lassen.

Um unsere Patienten gesund zu erhalten, bieten wir kostenlos ein automatisches Wiederbestellsystem (Recall) an. Sind sie daran interessiert?  ja  nein

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).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift (gesetzlich erforderlich)

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Wir bitten Sie, mit Rücksicht auf die nachfolgenden Patienten, Ihre Termine pünktlich wahrzunehmen und uns im Falle einer Verhinderung, mindestens einen Tag vorher in Kenntnis zu setzen. Für nicht eingehaltene oder nicht abgesagte Termine müssen wir eine Gebühr berechnen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift (gesetzlich erforderlich)

» Drucken