

# anmelde- und anamnesebogen

sehr geehrte patientin, sehr geehrter patient,  
herzlich willkommen in unserer praxis.

Wir, das Team der Praxis zahnärzteteam hollerallee, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Um Ihnen eine Betreuung auf hohem Niveau zu gewährleisten und gezielt auf Ihre individuellen gesundheitlichen und persönlichen Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikoarme Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

## persönliche angaben patient

_____	_____
Titel	Geburtsort
_____	_____
Name	Geburtsdatum
_____	_____
Vorname	Straße - Nr.
_____	_____
Beruf*	PLZ - Ort
_____	_____
Telefon privat	Wie können wir Sie tagsüber erreichen?
_____	_____
E-Mail**	Hausarzt***

wie sind sie versichert? - Zutreffendes bitte ankreuzen.

Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Freiwillig	<input type="checkbox"/> Pflicht
Privat versichert	<input type="checkbox"/> Basistarif	<input type="checkbox"/> Standardtarif
Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

versicherter - Falls abweichend vom Patienten.

_____	_____
Name	Vorname
_____	_____
Geburtsdatum	Straße - Nr.
_____	_____
PLZ - Ort	Telefon privat

angaben zu ihrer gesundheit - Zutreffendes bitte ankreuzen.

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Allergien	Wenn ja, welche? _____	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Herzfehler - künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/> Endokarditisrisiko	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ohrensausen - Tinnitus
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Grüner Star	<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Nieren
<input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/> Gelenke (Rheuma)	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> Immunsuppression	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	
<input type="checkbox"/> Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen		<input type="checkbox"/> Haben Sie einen Allergiepass?	

Sonstige Erkrankungen \_\_\_\_\_

\* Freiwillige Angabe - diese Information kann hilfreich für die Behandlung sein.

\*\* Freiwillige Angabe - wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.

\*\*\* Freiwillige Angabe - wenn die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bezüglich einer Einwilligung auf Sie zu.

leiden sie unter folgenden infektionskrankheiten? - Zutreffendes bitte ankreuzen.

- |   |  |                                      |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis                          | <input type="checkbox"/> HIV - AIDS                              | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Krankenhauskeime (z. B. MRSA etc.) | <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob (CJK) - Varianten CJK |                                      |
| <input type="checkbox"/> Bereits an COVID-19 erkrankt       | Letzte Testung am _____  |                                      |
| <input type="checkbox"/> Impfung COVID-19                   | Impfung am _____   |                                      |

nehmen sie medikamente ein? - Zutreffendes bitte ankreuzen.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blutdruckmedikamente   | <input type="checkbox"/> Herzmedikamente |
| <input type="checkbox"/> antibiotische Endokarditisprophylaxe, z. B. Amoxicillin, Cefazolin, Doxycyclin etc.  | <input type="checkbox"/> Bisphosphonate  |
| <input type="checkbox"/> Cortison (Kortikoide)  | <input type="checkbox"/> Antidepressiva  |
| <input type="checkbox"/> Blutverdünnende Medikamente, z. B. Marcumar®, Xarelto®, Eliquis®, Pradaxa® oder ASS® | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel   |

Sonstige Medikamente? \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten?  
Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_

weitere medizinisch relevante angaben - Zutreffendes bitte ankreuzen.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> Wenn ja, in welcher Woche? _____            |
| <input type="checkbox"/> Rauchen Sie?                          | <input type="checkbox"/> Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____ |
| <input type="checkbox"/> Schnarchen Sie?                       |  |

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung im Bereich der Zähne? \_\_\_\_\_

zu ihrer zahngesundheit - Zutreffendes bitte ankreuzen.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Leiden Sie unter Zahnschmerzen?   | <input type="checkbox"/> Blutet Ihr Zahnfleisch?                    |
| <input type="checkbox"/> Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?  | <input type="checkbox"/> Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen? |
| <input type="checkbox"/> Leiden Sie unter Mundgeruch?  | <input type="checkbox"/> Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?    |
| <input type="checkbox"/> Wurde bei Ihnen bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? |   |

Sonstiges \_\_\_\_\_

ergänzende angaben\*\*\*\*

Was führt Sie zu uns? \_\_\_\_\_  
Haben Sie persönliche nachhaltige Wünsche, die wir als Praxis erfüllen sollten? \_\_\_\_\_  
Gab es bei Ihrem vorbehandelnden Zahnarzt Kritik oder Komplikationen? \_\_\_\_\_  
Was wünschen Sie sich langfristig für Ihre Zahngesundheit? \_\_\_\_\_  
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?\*\*\*\*\* \_\_\_\_\_

\*\*\*\* Freiwillige Angaben – diese Angaben sind für die Behandlung sinnvoll, jedoch nicht zwingend erforderlich.  
\*\*\*\*\*Freiwillige Angabe – hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik.

### allgemeine hinweise

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

### hinweis zur organisation

Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### hinweise zum schutz Ihrer personenbezogenen daten - \*Hinweis zu freiwilligen Angaben

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) 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

wir danken ihnen herzlich für ihre beantwortungszeit!  
ihr team der praxis zahnärzteteam hollerallee

zahnärzteteam - hollerallee - malte hoos - zahnarzt  
hollerallee 35 - 28209 bremen - 0421 341214 - info@zahnnaerzteteam-hollerallee.de - zahnnaerzteteam-hollerallee.de

