Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte beantworten Sie deshalb die Fragen sorgfältig. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die zahnärztliche Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Teilen Sie uns bitte auch künftige Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes sowie Veränderungen Ihrer Anschrift oder Ihrer persönlichen Daten unverzüglich mit.

Zahnarztpraxis
Dr. med. dent. Marion Issel-Domberg M.Sc., M.Sc., M.A.
Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie
Tätigkeitsschwerpunkt Parodontologie
Königsbrücker Landstr. 98 – 01109 Dresden

Anamnesebogen

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Tel. Nr.: E-Mail:
Straße:	Wohnort:
Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten zur Behandlung eines Minderjährigen:	

Allgemeine Anamnese

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen:

	Bitte ankreuzen	ja	nein
1.	Herz- & Kreislauferkrankungen (Herzklappenfehler, Bluthochdruck, etc.) wenn ja, welche?		
2.	Haben Sie einen Herzschrittmacher?		
3.	Allergien z.B. Antibiotika, Amalgam, zahnärztliche Betäubungsmittel		
3.	Atemwegserkrankungen (Asthma)		
4.	Zuckerkrankheit		
5.	Wenn ja, insulinpflichtig?		
6.	Blutgerinnungsstörungen (welche Krankheit oder welches Medikament?)		

Bitte ankreuzen		ja	nein
7.	Anfallsleiden/Depression		
8.	Tumorerkrankungen		
9.	Infektionskrankheiten		
10.	Lebererkrankungen		
11.	Nierenerkrankungen		
12.	Schilddrüsenerkrankungen		
13.	Rheumaerkrankungen		
14.	Ohnmachtsneigung		
15.	Nasen- /Nebenhöhlenerkrankungen		
16.	Sonstige Erkrankungen (HWS Syndrom, Osteoporose) Wenn ja, welche?		
17.	Haben Sie einen Hausarzt? Wenn ja, Anschrift/Tel.:		
Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja in welchem Monat?			
Welche Medikamente nehmen Sie?			
Liegt bei Ihnen eine Antibiotikaresistenz vor? Multiresistente Keime z. B. MRSA			
Liegt bei Ihnen ein Pflegegrad nach § 15 SGB XI vor? Wenn ja, welcher? (Bitte Pflegenachweis vorlegen)			
Erhalten Sie eine Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII? (Wenn ja, bitte Nachweis vorlegen)			
Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich?			
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel Zigaretten täglich?			

Grund Ihres Besuches			
Bitte ankreuzen		ja	nein
1.	Kontrolluntersuchung		
	Implantatberatung		
2.	Haben Sie Beschwerden an den Zähnen? Wenn ja, wo?		
3.	Haben Sie Beschwerden am Zahnfleisch? Wenn ja, welche?		
4.	Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt? Wenn ja, wodurch?		
5.	Haben Sie Beschwerden im Kiefergelenk oder Gesichtsbereich?		

Bitte ankreuzen		ja	nein
6.	Leiden Sie unter Mundtrockenheit?		
7.	Leiden Sie unter Mundgeruch?		
8.	Wann waren Sie zuletzt in zahnärztlicher Behandlung? Datum:		
9.	Haben Sie Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen)?		
10.	Wann haben Sie Ihren letzten Zahnersatz erhalten?		
11.	Waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung, haben Sie eine Zahnspange getragen?		

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?			
Bitte ankreuzen		ja	nein
1.	Wünschen Sie eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?		
2.	Haben Sie Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen?		
3.	Leiden Sie unter starker Schmerzempfindlichkeit?		
4.	Haben Sie starken Würgereiz?		
5.	Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?		
6.	Waren Sie bei Ihrem vorherigen Zahnarzt zur regelmäßigen professionellen Zahnreinigung oder anderen prophylaktischen Maßnahmen?		
7.	Ich erkläre mich damit einverstanden, dass interoperative Fotos auf Datenträger gespeichert werden. Ihre Einverständniserklärung gilt bis auf Widerruf.		
8.	Ich habe den Datenschutz gelesen und verstanden		

Ich willige ein, dass mein behandelnder Arzt/Ärzte innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten, speichern und an mit-bzw. weiterbehandelnde Ärzte weitergeben darf. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann. Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen.

Ich willige ein: _____

Ich willige nicht ein: _____

Ich verpflichte, mich Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Bitte kreuzen Sie an, wie Sie auf uns aufmerksam wurden, Mehrfachnennung sind möglich:

Google O	*Website O*	*Jameda O*
Empfehlung O	*Printmedien O*	*Besuch im GZDK O*

Sonstiges: _____

Herzlichen Dank!

Datum: _____ Unterschrift: _____