



DR. MARKUS HAFNER  
ZAHNARZTPRAXIS

## ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient. Herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir bitten Sie, uns einige Informationen für unsere Verwaltung zu geben. Sollten Sie Röntgenbilder mitgebracht haben, geben Sie diese bitte am Empfang ab.

### Persönliches

Name / Vorname PATIENT

Geburtsdatum

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet \_\_\_\_\_

Empfehlung von \_\_\_\_\_

Bitte nur ausfüllen, wenn Patient und Versicherter nicht übereinstimmen.

Versicherter VERSICHERTER

Geburtsdatum

Straße / Nr.

PLZ / Ort

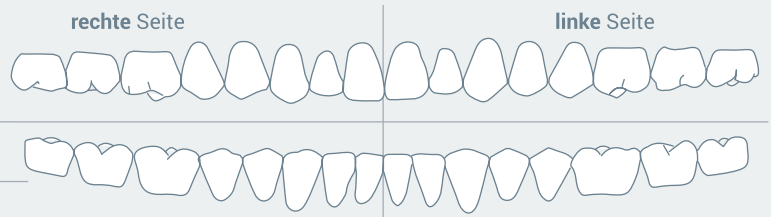
Krankenkasse / Nr.

Zahnzusatzversicherung vorhanden  ja  nein

Anderes \_\_\_\_\_

Haben Sie aktuell Beschwerden?  
Falls ja, bitte Region ankreuzen →

Beschreibung der Beschwerden



### Anamnese

Damit wir Sie bestmöglich behandeln und Risiken minimieren können, bitten wir Sie um die gewissenhafte Beantwortung folgender Fragen. Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Fragen Sie bei Unklarheiten bitte gerne im persönlichen Gespräch nach.

Haben / hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein		ja	nein
1 Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 Chemotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.1 Neigen Sie zu Blutungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4 Strahlentherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Infektionskrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5 Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.1 HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5.1 Nehmen / nahmen Sie Bisphosphonate?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2 TBC / Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6 Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3 Hepatitis A, B, C (Gelbsucht) Wann? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(Wenn ja, welcher Typ?) _____		

Haben / hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?		ja	nein			ja	nein
7	Allergien			17	Nierenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.1	Lokalanästhesie / Spritzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	18	Lebererkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.2	Antibiotika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	19	Darmerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Wenn ja, welches _____			20	Tumore / Krebs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.3	Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	21	Besteht eine Drogenabhängigkeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.4	Metalle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	22	Rauchen Sie? (Wenn ja, wie viel Stk. pro Tag _____)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.5	Andere _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	23	Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? <input type="radio"/> unsicher <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Leiden Sie an Herz-Kreislauf-Erkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		(Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche? _____)		
	<input type="radio"/> Herzklappenfehler <input type="radio"/> Herzklappenersatz			24	Sind Sie schon einmal beim Zahnarzt in Ohnmacht gefallen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/> Endokarditis <input type="radio"/> Herzschrittmacher			25	Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/> Herzinfarkt <input type="radio"/> Herzoperation			26	Leiden Sie an anderen Erkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Wie ist Ihr Blutdruck?				_____		
	<input type="radio"/> niedrig <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> hoch				_____		
10	Blutarmut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		_____		
11	Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	27	Welche Medikamente nehmen / nahmen Sie während der letzten 5 Wochen regelmäßig ein? (z. B. Blutverdünnende Medikamente, Psychopharmaka etc.)		
12	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		_____		
13	Multiple Sklerose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		_____		
14	Rheuma / Arthritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		_____		
15	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		_____		
16	Asthma / Lungenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		_____		

### Ich interessiere mich für

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Zahnimplantate         | <input type="radio"/> Vorsorgliche Kontrolle / Prophylaxe |
| <input type="radio"/> Kronen, Veneers        | <input type="radio"/> Zahnaufhellung / Bleaching          |
| <input type="radio"/> Parodontitisbehandlung | <input type="radio"/> _____                               |

### Allgemeine Information

Nicht alle Leistungen werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Gerne fertigen wir für Sie auf Wunsch einen schriftlichen Heilkostenplan an. Wir bitten Sie, Beträge bis 150 Euro sofort zu begleichen (Bar, Bankomat).

#### Aktuelle Preise einiger Privatleistungen

Spritze / Anästhesie	29,- €	Krone	1.190,- €
Weißer Füllung je nach Größe	131,- € bis 345,- €	Implantat	1.365,- €
Prophylaxesitzung Standard	139,- €	3D-Röntgen (DVT)	205,- €



Sollten Sie den für Sie reservierten Termin nicht wahrnehmen oder nicht rechtzeitig absagen (mind. 48h vorher), erlauben wir uns, Ihnen gegebenenfalls ein Ausfallhonorar (85€) in Rechnung zu stellen.

Ich habe diese Aufklärung gelesen und verstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Ich willige ein, dass meine sensiblen und sonstigen persönlichen Daten (Art. 9 DSGVO) zu den oben angeführten und für meine zahnärztliche Behandlung notwendigen Zwecken weiterverarbeitet und wenn nötig an Auftragsverarbeiter oder andere Verantwortliche (Ärzte, Krankenkassen) weitergeleitet werden.

Ich stimme zu, per SMS oder Email kontaktiert zu werden.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_