

**optimale**  
Zahnversorgung für Sie!

- Kinder- und Jugendlichen-Praxis
- Innovative Lasertechnologie
- Behandlung in Vollnarkose
- Behindertengerechte Praxis

Am Bierweg 2  
86316 Friedberg  
Tel: 0821/ 66 09 – 434  
Fax: 0821/ 66 09 – 435  
info@praxis-pick.de  
www.praxis-pick.de



**Anamnesebogen**

## Anamnesebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis – bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir von Ihnen noch eine Reihe von Informationen:

Nachname	Vorname	
Geburtsdatum	Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>
Straße	Hausnummer	
Postleitzahl	Ort	
Telefon – privat	geschäftlich	mobil
e-mail		
Beruf	Arbeitgeber	
Name der Versicherung / Krankenkasse:		
PKV-Standardtarif versichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/>		
Überweisender Arzt	Straße	
PLZ/Ort	Telefon	
Hausarzt – Name	Straße	
PLZ/Ort	Telefon	

Sind Patient und Versicherter/Erziehungsberechtigter nicht identisch, bitte ergänzen Sie noch die folgenden Angaben:

Nachname	Vorname	
Geburtsdatum	Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>
Straße	Hausnummer	
Postleitzahl	Ort	

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger  
Hat ein Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum: \_\_\_\_\_ Erziehungsberechtigter: \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen  
zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Gesundheitszustand	ja	nein	Zusatzinformationen
Herz-Kreislauf-Erkrankungen			
Hoher Blutdruck (Hypertonie)			
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)			
Herzklappenerkrankung/ -defekt			
Herzerkrankung			
Herzoperation			
Herzschrittmacher			
Herzpass vorhanden			falls ja, bitte Herzpass zur Kopie vorlegen
<b>Infektionserkrankungen</b>			
HIV			
Hepatitis			
Tuberkulose			
Andere:			
<b>Allergien / Unverträglichkeiten</b>			
Lokalanästhetika			falls ja, bitte Allergiepass zur Kopie vorlegen
Penicillin			
Schmerzmittel			
Antibiotika			
Andere:			
<b>Weitere Erkrankungen</b>			
Blutgerinnungsstörungen			
Asthma			
Lungenerkrankungen			
Schilddrüsenerkrankungen			
Rheuma			
Epilepsie			
Diabetes			
Nierenfunktionsstörung			
Ohnmachtsneigung			
Kreislaufbeschwerden			
Tumorerkrankungen			
Andere:			
<b>Allgemeine Angaben</b>			
Drogenkonsum			
Raucher			
Regelmäßige Medikamente			wenn ja, seit wann:
Name:			
<b>Frühere Röntgenuntersuchung</b>			
Röntgenpass vorhanden			wenn ja, Datum:                      Köperteil:
Schwangerschaft			wenn ja, welcher Monat:
Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung			wenn ja, warum
Wünschen Sie mit dem Laser behandelt zu werden			

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

---

---

### Wichtige Informationen

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle, während der Behandlung auftretenden Änderungen, zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, anderenfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Patient / Erziehungsberechtigter

---