

Zahnarztpraxis



Berghofen

**Dr. med. dent. Shirin R. Toekan, M.Sc. & Kollegen**

Busenbergstrasse 8 a – 44269 Dortmund / Telefon 0231 – 49 48 228

## ANAMNESEBOGEN

### PATIENTENDATEN

Name : \_\_\_\_\_  
Vorname : \_\_\_\_\_  
Geschlecht : \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum : \_\_\_\_\_  
Anschrift : \_\_\_\_\_  
Telefon (Privat) : \_\_\_\_\_  
Mobiltelefon : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_  
Beruf : \_\_\_\_\_  Rentner  
Arbeitgeber : \_\_\_\_\_  
Telefon (Geschäftlich) : \_\_\_\_\_  
  
Hausarzt : \_\_\_\_\_  
Anschrift (Hausarzt) : \_\_\_\_\_  
Telefon (Hausarzt) : \_\_\_\_\_

Wie sind Sie versichert?

Gesetzlich

Falls zutreffend:

pflichtversichert

freiwillig versichert

Kostenerstattung gewählt

Privat, bei \_\_\_\_\_

Falls zutreffend:

im Basistarif

beihilfeberechtigt

studentisch versichert

Sind Sie der Hauptversicherter?

Ja

Nein, sondern versichert über:

Name : \_\_\_\_\_  
Vorname : \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Telefon : \_\_\_\_\_  
Beruf : \_\_\_\_\_

Verhältnis zum Versicherten:

Eltern  Partner  \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Zahn-Zusatzversicherung?

- Nein  Ja

Haben Sie ein Pflegegrad oder Eingliederungshilfe nach SGB IX?

- Nein  Ja, Pflegestufe: \_\_\_\_\_ / Eingliederungshilfe bis: \_\_\_\_\_

Zu welcher Altersgruppe gehören Sie?

- Säuglinge – Kindergartenkinder (0-6 Jahre)  
 Kinder und Jugendliche (6-17 Jahre)  
 Erwachsene  
 Personen mit Betreuung

### **ALLGEMEINE GESUNDHEITSANGABEN**

Nehmen Sie Medikamente?

- Nein  Ja. Medikamente (ggf. Medikamentenliste abgeben):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien?

- Nein  Ja. Allergie (ggf. Allergiepass abgeben):

\_\_\_\_\_

Sind Sie Raucher?

- Nein  Ja, \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag

Konsumieren Sie Drogen oder besteht/bestand eine Abhängigkeit?

- Nein  Ja, \_\_\_\_\_

Haben Sie Infektionskrankheiten? (z.B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose)

- Nein  Ja, \_\_\_\_\_

Haben Sie Herz-Erkrankungen?

- Nein  Ja, \_\_\_\_\_

Ist eine Endokarditisprophylaxe notwendig?  Nein  Ja

Leiden Sie an zu niedrigem oder zu hohem Blutdruck?

- Nein  Ja, \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung?

- Nein  Ja, \_\_\_\_\_

Hatten Sie einen Schlaganfall?

- Nein  Ja, \_\_\_\_\_

Haben Sie Erkrankungen der Atemwege? (z.B. Asthma, COPD)

- Nein  Ja, \_\_\_\_\_

Haben Sie Magen-Darm-Erkrankung? (z.B. Morbus Chron, Colitis ulcerosa, Reflux)

Nein  Ja, \_\_\_\_\_

Haben Sie Lebererkrankung? (z.B. Gelbsucht, Leberzirrhose)

Nein  Ja, \_\_\_\_\_

Haben Sie Nierenerkrankung?

Nein  Ja, \_\_\_\_\_

Haben Sie Schilddrüsenerkrankung?

Nein  Ja, \_\_\_\_\_

Haben Sie Augenerkrankung? (z.B. Grüner Star/Glaukom, Grauer Star/Katarak)

Nein  Ja, \_\_\_\_\_

Tragen Sie Hörgeräte?

Nein  Ja

Haben Sie Osteoporose?

Nein  Ja

Haben Sie rheumatische/ entzündliche Erkrankungen? (z.B. Arthritis, Gicht, Psoriasis)

Nein  Ja, \_\_\_\_\_

Haben/ hatten Sie Tumorerkrankungen (Krebs)?

Nein  Ja, \_\_\_\_\_

Haben Sie Epilepsie?

Nein  Ja

Haben Sie eine Autoimmunerkrankung?

Nein  Ja, \_\_\_\_\_

Haben Sie Nervenerkrankung? (z.B. Trigeminus Neuralgie, Tinitus, M. Parkinson, MS)

Nein  Ja, \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Depressionen?

Nein  Ja

Haben Sie eine Erkrankung, die nicht erwähnt wurde?

Nein  Ja, \_\_\_\_\_

## **MUNDGESUNDHEIT**

Was ist Ihr Anliegen? (z.B. Kontrolluntersuchung, Zahnschmerzen, Implantate)

\_\_\_\_\_

Haben Sie Zahnfleischbluten?

Nein  Ja

Leiden Sie unter schlechtem Atem oder schlechtem Geschmack im Mund?

Nein  Ja

Wurde bei Ihnen bereits eine Parodontosebehandlung beim Zahnarzt durchgeführt?

Nein  Ja. Wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie Kiefergelenkbeschwerden?

Nein  Ja. Hatten Sie deshalb jemals Physiotherapie?  Nein  Ja

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?

Nein  Ja. Tragen Sie eine Schiene deshalb?  Nein  Ja

Leiden Sie unter Schlafapnoe oder Schnarchen?

Nein  Ja.  
Tragen Sie eine CPAP-Maske oder eine Schiene in der Nacht?  
 Nein  Ja

Besteht eine Unverträglichkeit gegen Betäubungsmittel? (z.B. Spritze)

Nein  Ja

Sind Sie Angstpatient?

Nein  Ja

Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Zähnen auf einer von Skala 0-10, wobei 10 für Perfektion steht?

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Wie sind Sie auf unsere Zahnarztpraxis aufmerksam geworden?

---

Haben Sie Interesse an regelmäßiger zahnärztlicher Vorsorge, um erneute Erkrankungen zu vermeiden?

Nein  Ja

Wie können wir Sie am besten an den nächsten Vorsorgetermin erinnern?

Brief  Email  SMS  Nicht erwünscht

### **HINWEIS**

Wir weisen Sie darauf hin, dass nach einer Lokalanästhesie (Betäubung) die Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein kann.

**Ich habe den Hinweis verstanden**

Sollten Sie den mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie Ihr Termin spätestens aber 24 Stunden vor Behandlungsbeginn abzusagen.

**Ich habe den Hinweis verstanden**

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben:**

Dortmund, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten\*

**DATENSCHUTZERKLÄRUNG**

Unsere Praxis unterliegt den gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes (EU-DGSVO) sowie der zahnärztlichen Schweigepflicht. Ihre Angaben werden von uns elektronisch verarbeitet und gespeichert sowie an Dritte (s.u.) übermittelt, sofern gesetzlich dies vorgesehen ist oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben.

Ihre Daten werden im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung bei Notwendigkeit an folgenden Leistungsbringern übermittelt:

- Krankenkassen/ Versicherungen
- die Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KZV), Auf der Horst 25, 48147 Münster (Zwecks der Abrechnung)
- andere Ärzte/ Krankenhäuser (Zwecks Konsils/ Überweisung/ Weiterbehandlung)
- ausgewählte externe Dentallabore
- BFS health finance GmbH, Hülshof 24, 44369 Dortmund (Zwecks Übermittlung von Abrechnungsdaten zur Rechnungslegung).

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der "Zahnarztpraxis Dortmund Berghofen" (Busenbergstrasse 8A, 44269 Dortmund) nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos Wiederrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben, bleiben dadurch rechtmäßig. Die Einwilligungen sind freiwillig. Das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.

**Ich bin einverstanden**

Dortmund, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten\*

\* Bei einer Einwilligung von Eltern für ihr Kind gilt: Grundsätzlich ist die Einwilligung von beiden Elternteilen einzuholen. Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben.