



Dr. Johannes Kleimann M. Sc.
Dr. Sabine Wolf-Kleimann
Gottenheimer Str. 15
79268 Bötzingen
Tel. 07663 - 13 63
www.praxis-kleimann.de
ISO 9001 : 2015 zertifiziert

Dokumentenkennung:
2.00 Anamnesebogen.doc

Version 10
2019-01-08

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche und Sorgen unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name des Patienten (Frau/Herr/Kind)	Vorname	Geburtsdatum	
ggf. Name des Mitglieds / Versicherten	Vorname	Geburtsdatum	
Straße Nr.	PLZ / Wohnort	E-Mail-Adresse	
Telefon privat	Mobil	Telefon geschäftlich	Arbeitgeber
Krankenversicherung [GKV / PKV]	bei GKV: privat zahnärztlich zusatzversichert [JA / NEIN]		bei PKV: Beihilfe [JA / NEIN] Basistarif [JA / NEIN]

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Aus gesundheitlichen und ökologischen Gründen verwenden wir in unserer Praxis kein Amalgam.

Wir bieten Ihnen innovative und langlebige zahnmedizinische Versorgungsmöglichkeiten.

Deshalb beraten wir Sie im Bedarfsfall auch darüber, welche **zahnmedizinischen Behandlungsalternativen** möglich und welche **strukturierten Vorsorgeleistungen** sinnvoll sind, auch wenn diese Leistungen von den Krankenversicherungen nicht oder nur teilweise übernommen werden.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- persönliche Empfehlung durch _____ durch Telefonbuch / Gelbe Seiten
 durch das Internet / Webauftritt unserer Praxis Sonstiges, nämlich: _____

Aufklärung über Lokalanästhesie

Mir ist bekannt, dass infolge einer Lokalanästhesie (Betäubung, Spritze) Risiken und Nebenwirkungen verbunden sein können (Blutergüsse, Schleimhautnekrosen (abgestorbenes Gewebe), Gefäß- und Nervverletzungen). Nervverletzungen können speziell im Bereich des Unterkiefernervs (Nervus mandibularis) und des Zungennervs (Nervus lingualis) auftreten. Die Folge wäre zeitweise bis dauerhafte Gefühlsverluste im Bereich der Unterlippen- bzw. Unterkieferseite und/oder der Zungenseite bzw. des Geschmacks.

Mir ist bekannt, dass nach einer Anästhesie beim Zahnarzt eine eingeschränkte Fahrtüchtigkeit besteht.

Über die Risiken und Nebenwirkungen einer Lokalanästhesie bin ich aufgeklärt worden.

Allgemeinen Geschäftsbedingungen

Ich habe die im Wartezimmer ausgehängten **Allgemeinen Geschäftsbedingungen** zur Kenntnis genommen und bin mit deren Einbeziehung in den Behandlungsvertrag einverstanden.

Ich habe das Merkblatt „Allgemeine Vertragsbedingungen“ zur Kenntnis genommen. Eine Kopie davon kann ich an der Rezeption erhalten.

Mit der elektronischen Speicherung und Verarbeitung der persönlichen Daten zur Erfüllung der vertraglichen Verpflichtung bin ich einverstanden.

Einverständniserklärungen

Ich erkläre mich mit der Aufnahme in unser Erinnerungssystem einverstanden.

JA [] NEIN []

Ich bin mit der Weitergabe von Röntgenbildern an weiterbehandelnde Zahnärzte einverstanden

JA [] NEIN []

Datum _____ Unterschrift _____

Bitte wenden!



Bitte beantworten Sie die unten stehenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Es besteht ein **Pflegegrad** oder **Anspruch auf Eingliederungshilfe** JA [] NEIN []

Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein?

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? JA [] NEIN []

Wenn JA, weshalb: _____

Nehmen oder nahmen Sie sog. Bisphosphonate ein?
 (Osteoporose, Knochentumor, Plasmozytom, Morbus Paget) JA [] NEIN []

Besitzen Sie einen **Allergiepass**? JA [] NEIN []

Besteht bei Ihnen der **Verdacht einer Allergie** gegen...?
 Lokalanästhesie / Betäubung JA [] NEIN []
 Antibiotika JA [] NEIN []
 Schmerzmittel JA [] NEIN []
 Sonstiges: _____ JA [] NEIN []

Haben oder hatten Sie eine der folgenden **Krankheiten**?

Herz- und Kreislauferkrankungen:

Bluthochdruck JA [] NEIN []
 Zu niedriger Blutdruck JA [] NEIN []
 Herzklappenfehler, Herzklappenersatz, Herzschrittmacher JA [] NEIN []
 Herzschwäche / -insuffizienz JA [] NEIN []
 Herzasthma JA [] NEIN []
 Endokarditis JA [] NEIN []
 Zustand nach Herzoperation oder Herzinfarkt JA [] NEIN []
 Sonstiges: _____

Blutgerinnungsstörungen (Blutarmut / Anämie, Blutungsneigung / Hämophilie) JA [] NEIN []

Infektionskrankheiten: AIDS JA [] NEIN []
 Gelbsucht / Hepatitis JA [] NEIN []
 Tuberkulose JA [] NEIN []

Anfallsleiden / Epilepsie JA [] NEIN []

Lungenerkrankungen / Asthma JA [] NEIN []

Zuckerkrankheit / Diabetes JA [] NEIN []
 Wenn JA, besteht Insulinpflicht? JA [] NEIN []

Niereninsuffizienz / Dialyse JA [] NEIN []

Creutzfeld-Jakob-Krankheit JA [] NEIN []

Sonstige Erkrankungen: _____

Angaben zum **Zigarettenkonsum**
 (zur Parodontitis-Risikoabschätzung)

Nichtraucher	Ehemaliger Raucher	bis zu 10 je Tag	11 – 19 je Tag	über 20 je Tag
--------------	-----------------------	---------------------	-------------------	-------------------

Wenn ja: Wie wichtig wäre es Ihnen, mit dem Rauchen aufzuhören? (1 = unwichtig / 10 = sehr wichtig)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Mit Rückfragen bei meinem Haus-/Facharzt bin ich einverstanden: JA [] NEIN []

Bei JA: **Name, Adresse und Telefon** Ihres Haus- und / oder Facharztes:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! **Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit!**

Datum _____ Unterschrift _____