



Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Dich bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Deine Behandlung so komplikationslos wie möglich zu gestalten, benötigen wir die Hilfe von Dir und Deinen Eltern. Wir bitten euch diesen Fragebogen (Anamnesebogen) gewissenhaft auszufüllen, denn auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Für alle Angaben die Du oder Deine Eltern hier machen gilt die ärztliche Schweigepflicht.

Patient Kind  
Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Versicherter  
Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift  
Straße / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon / E-Mail  
privat \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Name der gesetzlichen Krankenkasse / Privatkrankenkasse \_\_\_\_\_

Kinderarzt (Adresse, Telefon) \_\_\_\_\_

Kieferorthopäde (Adresse, Telefon) \_\_\_\_\_

**Allgemeine Gesundheitsangaben** (Zutreffendes bitte ankreuzen, unterstreichen oder ergänzen)

ja nein

- Allergien (z.B. Metalle, Hausstaub, Antibiotika) welche? \_\_\_\_\_
- Herz- / Kreislauferkrankungen \_\_\_\_\_
- Endokarditis – Prophylaxe \_\_\_\_\_
- Blutgerinnungsstörungen (z.B. Hämophilie) \_\_\_\_\_
- Blutverdünner (z.B. Marcumar, Xarelto, Eliquis) \_\_\_\_\_
- Lungenerkrankungen \_\_\_\_\_
- chronische Bronchitis \_\_\_\_\_
- Asthma \_\_\_\_\_
- Mittelohrentzündungen \_\_\_\_\_
- ADHS/ADS \_\_\_\_\_
- Immunschwäche (HIV / AIDS) \_\_\_\_\_
- Lebererkrankung (Gelbsucht / Hepatitis A, B, C) \_\_\_\_\_
- Nierenerkrankung \_\_\_\_\_
- Tuberkulose \_\_\_\_\_
- Epilepsie \_\_\_\_\_
- Schilddrüsenerkrankung \_\_\_\_\_
- Diabetes (Zuckerkrankheit) \_\_\_\_\_
- Tumore \_\_\_\_\_

ja nein

- fehlen Impfungen nach STIKO? \_\_\_\_\_
- Besonderheiten in der Schwangerschaft / bei der Geburt \_\_\_\_\_
- sonstige Krankheiten oder Medikamente? \_\_\_\_\_

Für unsere jugendlichen Patientinnen:

ja nein

- Bist Du vielleicht schwanger? Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_  
(Du kannst diese Frage auch gern unter vier Augen beantworten)
- Stillst Du? \_\_\_\_\_

**Zahnärztliche Gesundheitsangaben** (Zutreffendes bitte ankreuzen, unterstreichen oder ergänzen)

ja nein

- Schnuller, wenn ja bis wann? \_\_\_\_\_
- Stillen, wenn ja bis wann? \_\_\_\_\_
- Flaschenernährung, wenn ja wie oft und bis wann? \_\_\_\_\_
- Fluoridtabletten \_\_\_\_\_
- Fluoridierte Zahnpasta \_\_\_\_\_
- Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Gähnen, Kauen) \_\_\_\_\_
- Schmerzen am Kopf / Nacken \_\_\_\_\_
- Schnarchst Du? \_\_\_\_\_
- Kieferorthopädische Behandlung \_\_\_\_\_
- Logopädische Behandlung \_\_\_\_\_

**Ernährungsgewohnheiten**

ja nein

- überwiegend süß \_\_\_\_\_
- Obst und Gemüse \_\_\_\_\_
- ausgewogen \_\_\_\_\_
- Fruchtsäfte \_\_\_\_\_
- Limonade \_\_\_\_\_
- Wasser / Mineralwasser \_\_\_\_\_

Was sollten wir unbedingt über Dich wissen \_\_\_\_\_

Grund für Deinen heutigen Besuch \_\_\_\_\_

ja nein

- Hast Du Interesse an einer besonders intensiven Vorsorge gegen Karies in unserer Zahnputzschule? \_\_\_\_\_
- Möchtest Du an regelmäßige Kontrollen erinnert werden (per Post, E-Mail oder Telefon)? \_\_\_\_\_

Wie bist Du auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und verpflichte mich etwaige Änderungen mitzuteilen.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)

**Datenschutzrechtliche Patienten-Einwilligung nach der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) Stand: 05/2018**

Unserer Patienteninformation „Datenschutz“ können Sie entnehmen, warum und auf welcher rechtlichen Grundlage wir bestimmte personenbezogene Daten von Ihnen verarbeiten. Darüber hinaus ist es in unserem Interesse, die nachstehend genannten und auch im Anamnesebogen oder im persönlichen Gespräch erfragten personenbezogenen Daten von Ihnen zu erfahren, damit wir Sie unkompliziert kontaktieren und unsere Behandlung Ihnen gegenüber individuell gestalten, sowie Ihre individuellen Bedürfnisse für die Behandlung berücksichtigen können.

Wenn Sie mit der Verarbeitung der nachstehend aufgeführten personenbezogenen Daten einverstanden sind, kreuzen Sie bitte das jeweilige Feld an. Damit wird dokumentiert, dass Sie mit der Verarbeitung der nachstehend genannten personenbezogenen Daten einverstanden sind und Ihre diesbezügliche Einwilligung erklären.

Über die Erfüllung der sich aus dem Behandlungsvertrag ergebenden Pflichten hinaus werden die folgenden personenbezogenen Daten verarbeitet:

Adressdaten, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Versicherungsnummer, Familienstand, Beruf/Arbeitgeber, Anamnesedaten, Hausarzt, Kieferorthopäde, Allgemeinerkrankungen

- Die obige Erklärung habe ich verstanden. Sie ist vom Abschluss meines Behandlungsvertrages nicht abhängig.*
- Ich bestätige, dass diese Einwilligung freiwillig erfolgt.*

**WIDERRUFSRECHT**

- Vor der Einwilligung wurde ich darauf hingewiesen, dass ich jederzeit das Recht habe, diese Einwilligung (auch teilweise) für die Zukunft schriftlich (E-Mail reicht aus) zu widerrufen.*
- Mir ist bekannt, dass mein Recht auf Löschung meiner Daten erst für die Zukunft besteht.*

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)

Als Nachfolger der Praxis Dr. Peter Breuer möchten wir Ihren Besuch so reibungslos wie möglich gestalten. Hierfür ist die Übernahme Ihrer digitalen und analogen Patientendokumentation aus der Praxis Dr. Peter Breuer für uns hilfreich und von großem Vorteil. Aus diesem Grund bitten wir Sie um die Erlaubnis zur Übernahme Ihrer Patientenakte. Bei Fragen werden unsere Mitarbeiterinnen Sie hierzu gerne umfangreich informieren.

- Ich bin mit der Übernahme der Patientendokumentation aus der Praxis Dr. Peter Breuer durch die Praxis Dres. Elisabeth und Christoph Eisenbeiß einverstanden.*

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihre Zahnärzte ihre Zeit für Sie reservieren und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder die Ärzte noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die ganze Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (das heißt möglichst 48 Stunden bzw. bei Behandlungen in Vollnarkose möglichst 72 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten können nach § 615 Satz BGB § 287 ZPO berechnet werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)