

## Herzlich willkommen in der



Zahnarztpraxis  
Bodenseestraße  
Dr. Michael Konrad  
Dr. Jana Konrad

Um Ihnen den besten Service anzubieten und Sie ganz individuell nach Ihren Bedürfnissen behandeln zu können, bitten wir Sie unseren Anamnesebogen sorgfältig und vollständig auszufüllen. Bitte legen Sie hierbei besonderes Augenmerk auf die Gesundheitsfragen! Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ihr Praxisteam Bodenseestraße Dr. Michael und Dr. Jana Konrad

Name, Vorname

Titel

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon privat

Mobil

Telefon geschäftlich

Email

(Angabe ist lt. EU-Norm seit 01.07.2012

bei Röntgenaufnahmen nötig)

Versicherung / Krankenkasse

Geburtsort

Beruf

Arbeitgeber

Name, Vorname des Hauptversicherten

Geburtsdatum des Hauptversicherten

*Bei Familienversicherten*

Straße, Hausnummer des Hauptversicherten

PLZ

Ort

Ggf. soll eine Rechnung an  mich geschickt werden.

oder bei Mitversicherten an die Adresse des Hauptversicherten gehen.

Ich bin privat versichert.

Ich bin beihilfeberechtigt.

Pflegegrad Stufe: \_\_\_\_\_

**Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung oder gibt es wichtige medizinische Angaben?**

nein

ja

\_\_\_\_\_

**Behandelnder Hausarzt / Facharzt**

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Besteht eine Schwangerschaft?**

nein  ja welcher Monat? \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?**

\_\_\_\_\_

**Wurden zuletzt Röntgenaufnahmen im Kopf-, Kiefer-, Zahnbereich angefertigt?**  ja  nein

Wo & von wem? \_\_\_\_\_ *Nur bei Neupatienten*

\_\_\_\_\_

**Herz- Kreislauferkrankungen**

Hoher Blutdruck / Hypertonie  ja  nein

Niedriger Blutdruck / Hypotonie  ja  nein

Herzschwäche / Insuffizienz  ja  nein

Angina Pectoris / Brustenge  ja  nein

Zustand nach Herzinfarkt  ja  nein

Zustand nach Schlaganfall  ja  nein

Herzrhythmusstörungen  ja  nein

Herzschrittmacher  ja  nein

Erkrankung des Herzmuskels  ja  nein

Herzklappendefekt / -ersatz  ja  nein

Besitzen Sie einen Herzpass?  ja  nein

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Bluterkrankungen**

Blutgerinnungsstörungen  ja  nein

Blutarmut / Anämie  ja  nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende / blutverdünnende Medikamente

ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

**Bei welchen Materialien oder Medikamenten besteht bei Ihnen der Verdacht auf Allergien oder Überempfindlichkeit?**

Lokalanästhetika  ja  nein

Schmerzmittel  ja  nein

Antibiotika  ja  nein

Asthma Bronchiale  ja  nein

Heuschnupfen / Hausstaub  ja  nein

Latex / Pflaster / Jod  ja  nein

Nahrungsmittel  ja  nein

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Stoffwechselerkrankungen**

Zuckerkrankheit / Diabetes  ja  nein

Magen- / Darmerkrankungen  ja  nein

Schilddrüsenüberfunktion  ja  nein

Nierenfunktionsstörungen  ja  nein

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Infektionskrankheiten**

Gelbsucht / Hepatitis A/B/C  ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

HIV / AIDS  ja  nein

Tuberkulose?  ja  nein

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Vegetative Erkrankungen?**

Ohnmachtsanfälle  ja  nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel oder Psychopharmaka?

ja  nein

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Sonstiges**

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit  ja  nein

Grüner Star / Glaukom  ja  nein

Epilepsie  ja  nein

Schnarchen Sie  ja  nein

Osteoporose  ja  nein

Depressionen  ja  nein

Tumorleiden / Krebs  ja  nein

Drogenabhängigkeit  ja  nein

Alkoholabhängigkeit  ja  nein

Rauchen Sie?  ja  nein

Wann war Ihr letzter Besuch beim Zahnarzt? \_\_\_\_\_ *Nur bei Neupatienten*

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_  
*Nur bei Neupatienten*

### **Zusätzliches Serviceangebot**

Ich möchte den Terminerinnerungsservice per  Telefon  Email  Postkarte

### **Wichtige Informationen**

Alle von Ihnen genannten Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt! Wir verweisen auf die ausliegenden Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten durch uns und unsere externen Abrechnungsbüros.

Ich verpflichte mich außerdem die Praxis umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden gesundheitlichen Änderungen zu informieren.

Mir ist bekannt, dass für mich an die Behandlung angepasste Termine vereinbart und reserviert werden. Dies erspart mir unnötige Wartezeiten. Sollte ich einen Termin nicht wahrnehmen können, so informiere ich die Praxis mindestens 24 Stunden im Voraus, ansonsten behält sich die Praxis vor ein Ausfallhonorar zu stellen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle Angaben zu meinem Gesundheitszustand wahrheitsgemäß ausgefüllt habe, sowie alle Informationen auf den vorangegangenen 3 Seiten gelesen und verstanden zu haben!

Ailingen, den \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient