



ZAHNARZTPRAXIS  
DR. KATRIN JOHN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit und bearbeiten Sie unseren Fragebogen gewissenhaft. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

**Persönliche Daten:**

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
PLZ/Ort	Straße/Hausnr.
Telefon privat	Telefon mobil
Beruf	Arbeitgeber
PLZ/Ort Arbeitgeber	Straße/Hausnr. Arbeitgeber
E-Mail-Adresse	

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

(Empfehlung, Zeitung, Internet, Praxisschild)

**Versicherung/Krankenkasse:**

Für Mitglieder einer **privaten** Krankenversicherung:

· Sind Sie beihilfeberechtigt?  Ja  Nein

Für Mitglieder einer **gesetzlichen** Krankenkasse:

· Sind Sie freiwillig versichert?  Ja  Nein

· Haben Sie eine private Zusatzversicherung?  Ja  Nein

**Mitversichert bei:**

Name	Vorname
Geburtsdatum	Telefon privat
PLZ/Ort (falls abweichend)	Straße/Hausnr. (falls abweichend)

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben sowie die Kenntnisnahme bzw. Bereitschaft zu den angebotenen Maßnahmen.

- Nach einer Anästhesie kann die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr eingeschränkt sein.
- Mit der Rechnungsstellung durch eine private Abrechnungsstelle und der Weitergabe der dafür erforderlichen Daten bin ich einverstanden.
- Sollte ich einen fest vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, ohne die Praxis über diesen Umstand recht-zeitig (mind. 24 Std.) zu informieren, darf mir eine Entschädigung in Rechnung gestellt werden (§§615/280 BGB).
- Änderungen meiner Daten und meines Gesundheitszustandes werde ich unaufgefordert mitteilen.
- Zur Erinnerung an Termine gestatte ich der Praxis, mich per E-Mail/SMS/Postkarte zu kontaktieren.

Datum/Unterschrift (Erziehungsberechtigte)



## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie, alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß durch jeweiliges Ankreuzen von JA oder NEIN zu beantworten bzw. Zutreffendes zu unterstreichen. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unseres gesamten Teams. Vielen Dank!

Weshalb kommen Sie zur Behandlung?

Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Leiden Sie unter Zahnschmerzen/Zahnfleischbluten/Zahnlockerung/Wandern von Zähnen/schlechtem Atem/schlechtem Geschmack/empfindlichen Zähnen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Befanden Sie sich innerhalb der letzten beiden Jahre in ärztlicher Behandlung? Warum und bei welchem Arzt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Sind Sie mit dem Aussehen, Form und Farbe Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hatten/haben Sie Erkrankungen folgender Art?	
<u>Herz-Kreislauf-Erkrankungen</u>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Infarkt, Rhythmusstörungen, hoher/niedriger Blutdruck, Endokarditis, Bypass, Herzschrittmacher, Herzklappenfehler, Herzklappenersatz	
<u>Allergien/Unverträglichkeiten</u>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Jod, Medikamente, Latex, Nickel, Sulfite, Alkohol	
<u>Infektionserkrankungen</u>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
HIV/AIDS, Hepatitis, Tuberkulose	
<u>Anfallsleiden/Epilepsie</u>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<u>Lungen-, Atemwegserkrankungen</u>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Asthma, Bronchitis, Nasennebenhöhlenerkrankung, Tuberkulose	
<u>Stoffwechselerkrankung</u>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Diabetes, Erkrankung der Schilddrüse/Bauchspeicheldrüse	
<u>Augenerkrankung/Glaukom</u>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<u>Blutgerinnungsstörung</u>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hämophilie, v.-W.-J.-Syndrom, Lebererkrankung	
<u>Rheuma</u>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<u>Lebererkrankung</u>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Zirrhose, Hepatitis	



ZAHNARZTPRAXIS  
DR. KATRIN JOHN

Nierenerkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Tumorerkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Operation, Bestrahlung, Chemotherapie, Medikamente	
Erkrankung des Magen-Darm-Traktes	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Osteoporose	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Suchterkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Alkohol, Nikotin, Medikamente	
Psychosomatische Erkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Verspannungen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, welche?	

Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, in welcher Woche?	

Bestehen sonstige Erkrankungen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, welche?	

Falls es notwendig ist, dass meine Behandlungsdaten oder Röntgenaufnahmen zur Weiterbehandlung an einen Dritten (z. B. anderer Arzt, Chirurg, Krankenkasse) übermittelt werden müssen, stimme ich der Übermittlung auf dem elektronischen Wege (per E-Mail) zu.	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

Vielen Dank, dass Sie alle Fragen sorgfältig beantwortet haben!

Haben Sie Fragen an uns?

Dreieich, den

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt