



**DR. GÄGLER**

Zahnmedizin für die ganze Familie

# ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
im Rahmen der Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Das Praxisteam bittet Sie daher, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

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

Mobil: \_\_\_\_\_

(für unseren SMS - Erinnerungsservice)

Nehmen Sie Medikamente? (welche) \_\_\_\_\_

	<b>ja</b>	<b>nein</b>	bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen
Allergie (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Atemwegserkrankungen (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutgerinnungsstörung / gerinnungshemmende Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes (Typ 1 oder Altersdiabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glaukom (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erkrankungen blutbildender Organe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Koronare Herzkrankheit / Angina Pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzklappenfehler / -ersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hypertonie (erhöhter Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hypotonie (niedriger Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mangeldurchblutung des ZNS / Apoplex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Immunmangel-Syndrom (HIV/Aids)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bestehen andere Erkrankungen / Behinderungen? (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Befinden oder befanden Sie sich in psychologischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bestehen Depressionen oder Angstzustände?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Besteht oder bestand eine Suchterkrankung oder Medikamenten-abhängigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rauchen Sie? (wie viel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**Bitte wenden und rückseitig unterschreiben.**



**DR. GÄGLER**

Zahnmedizin für die ganze Familie

Besteht eine Schwangerschaft?

ja  nein

Besteht eine Zahnzusatzversicherung?

ja  nein

Ausgeübter Beruf? \_\_\_\_\_

**Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?**

Empfehlung eines anderen Arztes

Empfehlung von Verwandten, Freunden, Bekannten

Internet

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

### **Datenschutz**

Wir unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, auch Ehepartnern / Verwandten gegenüber. Für folgende Personen können Sie uns von der Schweigepflicht entbinden (z.B. für die Mitgabe von zahnärztlichen Dokumenten oder Termininformationen):

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

### **Allgemeine Geschäftsbedingungen unserer Praxis**

#### **Rechnungen**

Unsere Rechnungen sind bis auf vorher besprochene Ausnahmefälle am Tag der Behandlung bar oder mit EC-Karte zu begleichen.

#### **Aufklärung über Ausfallhonorar bei Nichtwahrnehmung von Behandlungsterminen**

Unsere Praxis arbeitet nach einem Bestellsystem mit Terminvorgabe im Voraus.

Dadurch ergeben sich nur geringe Wartezeiten für unsere Patienten. Die vereinbarten Termine werden ausschließlich für Sie freigehalten.

Sie werden daher gebeten, den Termin unbedingt einzuhalten oder rechtzeitig mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Bei Nichterscheinen oder kurzfristigen Absagen ohne gültigen Krankenschein kann eine Ausfallgebühr von 60,00 Euro je 30 min. geltend gemacht werden.

(s. Urteil 29.01.2010 AG Dresden).

Dresden, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_