



DR. STRAFELA-BASTENDORF

Familien-Zahnarztpraxis

Anamnesebogen

Patient	Versicherter*
Name	Name
Vorname	Vorname
Geb.-Datum	Geb.-Datum
Geb.-Ort	Geb.-Ort
Straße	Straße
PLZ / Ort	PLZ / Ort
Tel.	Tel.
Tel. G.	Tel. G.
Mobil	Mobil
E-Mail	E-Mail
Beruf	Beruf
	*Nur ausfüllen, wenn Sie in einer Familienversicherung mitversichert sind.

Gesetzl. Krankenkasse	Zusatzversicherung		
Private Krankenkasse	Beihilfe	Standardtarif	

Allgemeinmedizin				
Hausarzt			Allergien	J N
Blutdruck hoch	J	N	Welche?	
Blutdruck niedrig	J	N	Osteoporose	J N
Herzerkrankung	J	N	Tumorerkrankung	J N
Welche?			Welche?	
Herzschrittmacher	J	N	Besteht eine Schwangerschaft?	J N
Endokarditisprophylaxe	J	N	Medikamente	J N
Blutgerinnungsstörung (Blutverdünner)	J	N	Welche?	
Diabetes	J	N	Nehmen/haben sie Bisphosphonate eingenommen?	J N
Lungenerkrankung (Asthma)	J	N	Sonstige Krankheiten?	J N
Schilddrüsenerkrankung	J	N	Welche?	
Nierenerkrankung?	J	N		
Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV)	J	N		
Welche?				

Zahnmedizin				
Vorbehandler (Zahnarzt)				
Was ist Ihr Hauptanliegen?				
Wurden Sie weiterempfohlen?			J	N
Von wem?				
Gab es bei zahnärztlichen Behandlungen Probleme?			J	N
Welche?				
Sind in den letzten sechs Monaten Röntgenaufnahmen von Ihren Zähnen gemacht worden?			J	N





DR. STRAFELA-BASTENDORF

Familien-Zahnarztpraxis

Spezielle Anamnese				
1. Mundhygiene				
Wie oft putzen Sie Ihre Zähne täglich?		weniger als 1-mal	1 bis 2-mal	-mal
Wie lange putzen Sie Ihre Zähne?		weniger als 1 Min.	1 bis 2 Min.	Min.
Mit welcher Zahnbürste putzen Sie?		Manuell (Hand)	Elektrisch	Schall
Mit welcher Technik putzen Sie?		eher schrubbend	eher kreisend	Sonst.
Haben Sie Zahnfleischbluten?		immer	selten	nie
Haben Sie Mundgeruch?		immer	selten	nie
Wie oft reinigen Sie Ihre Zahnzwischenräume?		täglich	gelegentlich	nie
Haben Sie den Eindruck, dass Sie einen trockenen Mund (wenig Speichel) haben		täglich	gelegentlich	
Womit reinigen Sie Ihre Zahnzwischenräume?				
Welche Hilfsmittel verwenden Sie?				
2. Fluoridangebot				
Wie heißt Ihre Zahnpasta?				
Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ernährung				
Wie oft am Tag essen Sie zuckerhaltige Produkte?		2- bis 5-mal	über 5-mal	
Wie häufig trinken Sie über den Tag verteilt zuckerhaltige Getränke?		2- bis 5-mal	über 5-mal	
Haben Sie überempfindliche Zahnhälse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Rauchen				
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie geraucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Funktion				
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sonstige Angewohnheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie z. B. Zungenbeißen, Zungenpressen, Wangenbeißen oder Wangensaugen?				

Ich entbinde Dr. Strafela-Bastendorf von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies im Zusammenhang mit der aktuellen zahnärztlichen Behandlung steht. Dies betrifft Konsil mit anderen Ärzten, Labor (bei Zahnersatz), Krankenkassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datenschutz: Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Mit der Speicherung dieser Daten bin ich einverstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soweit es der Informationsbedarf der Erstattungsstelle eine Datenübermittlung im Sinne des Art.9 Abs.2 EU-DSGVO i.V.m §22 BDSG bzw. Art. 6 EU-DSGVO bedingen sollte, erkläre ich mich mit dieser einverstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin damit einverstanden, dass zur Dokumentation der Behandlung Fotoaufnahmen gemacht werden dürfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich sage Behandlungstermine spätestens 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin ab. Bei Nichteinhaltung der Terminvereinbarung hat die Praxis einen Schadensanspruch (Az. 411 C3/17) an mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum

Unterschrift Patient