

Herzlich willkommen!

Das Team von Barth Zahnmedizin freut sich auf Ihren Termin in unserer Praxis. Damit wir uns optimal auf Sie und Ihre Erwartungen einstellen können, bitten wir Sie um das Ausfüllen des Anamnesebogens.

### Angaben zu Ihrer Person

\_\_\_\_\_  
 Name, Vorname des Patienten

\_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
 Name, Vorname des Versicherten (falls abweichend)

\_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
 Straße/Nr.

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

\_\_\_\_\_  
 Telefon (vorzugsweise Mobil)

\_\_\_\_\_  
 E-Mail

\_\_\_\_\_  
 Private Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
 Gesetzliche Krankenkasse

Basistarif (nur bei „Private Krankenkasse“ auszufüllen)

Zusatzversicherung

### Allgemeine Angaben

Aus welchem Grund kommen Sie zu uns?

Vorsorge/Kontrolluntersuchung

Probleme mit Zahnersatz

Prophylaxe/Zahnreinigung

Störende Zahnästhetik

Zahnschmerzen

Bleaching/Zahnaufhellung

Zahnfleischbeschwerden

Kiefergelenksbeschwerden

Fehlende Zähne

Schnarchen

Implantatberatung

Sonstiges

Änderung: 18.01.2021	Geprüft: 18.01.2021	Freigabe: 18.01.2021
von: Barth, Sebastian	von: Barth, Sebastian	von: Barth, Sebastian

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?**    ja    nein    ggf. Ergänzungen

- |  |                          |                          |       |
|--|--------------------------|--------------------------|-------|
| Herz- oder Kreislauferkrankungen                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, AIDS, HIV, Tuberkulose) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Innere Krankheiten (z.B. Diabetes, Blutgerinnungsstörungen)    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Allergien (auch gegen Medikamente)                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Nehmen Sie momentan Medikamente ein? (Welche?)                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Sind Sie schwanger?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

**Möchten Sie uns noch etwas hinsichtlich Ihres Gesundheitszustandes mitteilen?**

---

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?** (nur für Neupatienten)

- Familie, Freunde   
  Patientenbewertungsportal (Jameda)   
  Suchmaschine (Google)  
 Social Media (Facebook, Instagram)   
  Sonstiges

**Erinnerungsservice**

Wie möchten Sie an Ihre regelmäßigen Kontrolluntersuchung/Zahnreinigung erinnert werden?

- SMS   
  E-Mail   
  Brief

**EU-DSGVO Datenschutzeinwilligung**

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) in der Praxis an der Rezeption einsehbar.

---

Datum

---

Unterschrift

Änderung: 18.01.2021	Geprüft: 18.01.2021	Freigabe: 18.01.2021
von: Barth, Sebastian	von: Barth, Sebastian	von: Barth, Sebastian