



FÜR NEUE PATIENTINNEN UND PATIENTEN

Anamnesebogen

Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit für die wichtigsten Angaben zu Ihrer Person, Ihrer Versicherung und Ihrer Gesundheit. Alle Angaben sind vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

01 Persönliche Daten

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Beruf

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon privat

Telefon mobil

Telefon geschäftlich

E-Mail

02 Versicherung

Gesetzlich versichert

☐ Ja ☐ Nein

Freiwillig gesetzlich versichert

☐ Ja ☐ Nein

Private Krankenversicherung

☐ Ja ☐ Nein

Beihilfeberechtigt

☐ Ja ☐ Nein

Private Zusatzversicherung

☐ Ja ☐ Nein

Name der Krankenkasse bzw. Versicherung(en)

Hauptversicherte Person – nur ausfüllen, falls nicht Sie selbst

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

03 Rechnung an

Nur ausfüllen, wenn die Rechnung an eine andere Person oder Anschrift gehen soll. Bei Kindern bitte die Erziehungsberechtigten eintragen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Rechnungsanschrift



Name, Vorname der Patientin / des Patienten

Geburtsdatum

04 Ihr Anliegen

Was führt Sie zu uns? Was ist Ihr Hauptanliegen?

05 Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- | | | |
|--|--------------------------------------|---|
| ☐ Google-Suche | ☐ Google Maps | ☐ Unsere Website |
| ☐ Instagram | ☐ jameda | ☐ Doctolib |
| ☐ Empfehlung von: _____ | | |
| ☐ Sonstiges: _____ | | |

06 Wichtige Hinweise

1. Vereinbarte Termine sind ausschließlich für Sie reserviert. Wenn Sie verhindert sind, sagen Sie den Termin bitte mindestens 24 Stunden vorher ab. Bei verspäteter Absage kann die geplante Behandlung gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden.
2. Nach einer örtlichen Betäubung (Spritze) sind Sie möglicherweise nicht fahrtüchtig.
3. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben – auch meines Gesundheitszustands – während der gesamten Behandlungszeit umgehend mitzuteilen.
4. **Nur für privat Versicherte:** Mir ist bekannt, dass die Erstattung durch die private Krankenversicherung oder Beihilfe möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.
5. Die GOZ schließt eine Gebührensaterhöhung in begründeten Einzelfällen bis zum 3,5-fachen Satz ein. Diagnostische und therapeutische Leistungen sowie Beratungsleistungen werden in begründeten Fällen, je nach individuellem Zeitaufwand, auch oberhalb des 3,5-fachen Satzes berechnet.

Ich verpflichte mich, die durch die gewünschte, abgesprochene oder notwendige Anamnese, Diagnostik oder Behandlung entstehenden Kosten vollständig zu erstatten.

07 Einwilligungen

Freiwillig – Sie können jede Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Ihre Behandlung hängt nicht davon ab.

- | | |
|--------------------------|--|
| ☐ | Erinnerung an Kontrolltermine. Ich bin einverstanden, dass die Praxis meine Kontaktdaten speichert, um mich an Kontroll- und Prophylaxeterminen zu erinnern (Recall). |
| ☐ | Neuigkeiten aus der Praxis. Ich möchte über Neuigkeiten und Veranstaltungen der Praxis informiert werden. |
| ☐ | Bild- und Videoaufnahmen. Ich willige ein, dass Bild- und Videoaufnahmen meiner Behandlung zur Dokumentation, zur Qualitätssicherung sowie für die zahnärztliche Aus- und Weiterbildung angefertigt und gespeichert werden. |

Informationen zum Datenschutz erhalten Sie an der Anmeldung und auf www.dr-porwol.de.

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in bzw. Erziehungsberechtigte:r



IHRE GESUNDHEIT

Fragen zur Gesundheit

Ihre Angaben helfen uns, Risiken bei der Behandlung zu erkennen. Bitte beantworten Sie jede Frage mit Ja oder Nein. Die Spalte ASA füllt die Praxis aus.

Name, Vorname der Patientin / des Patienten

Geburtsdatum

	JA	NEIN	ASA
Haben Sie bei Belastung Schmerzen im Brustbereich (Angina pectoris)?	☐	☐	II
WENN JA:			
Müssen Sie Ihre körperliche Belastung einschränken?	☐	☐	III
Haben sich die Herzbeschwerden in letzter Zeit verschlimmert?	☐	☐	IV
Haben Sie in Ruhe Brustschmerzen?	☐	☐	IV
Hatten Sie jemals einen Herzinfarkt?	☐	☐	II
WENN JA:			
Müssen Sie Ihre körperliche Belastung einschränken?	☐	☐	III
Hatten Sie innerhalb der letzten sechs Monate einen Herzinfarkt?	☐	☐	IV
Haben Sie ein Herzgeräusch, einen Herzklappenfehler oder eine künstliche Herzklappe?	☐	☐	II
WENN JA:			
Hatten Sie in den letzten sechs Monaten eine Operation an Ihrem Herzen oder an Blutgefäßen?	☐	☐	III
Hatten Sie je eine rheumatische Herzerkrankung?	☐	☐	III
Müssen Sie Ihre körperliche Belastung einschränken?	☐	☐	IV
Haben Sie ohne körperliche Belastung Herzklopfen oder Herzrasen?	☐	☐	II
WENN JA:			
Müssen Sie während dieser Beschwerden Ihre körperliche Aktivität verringern, sich hinsetzen oder hinlegen?	☐	☐	III
Werden Sie dabei kurzatmig, blass oder wird Ihnen schwindelig?	☐	☐	IV
Haben Sie eine Herzmuskelschwäche?	☐	☐	II
WENN JA:			
Haben Sie Atemnot, wenn Sie flach liegen?	☐	☐	III
Schlafen Sie wegen Atemnot mit mehr als zwei Kopfkissen?	☐	☐	II
Hatten Sie jemals einen hohen Blutdruck?	☐	☐	II

	JA	NEIN	ASA
Haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung?	☐	☐	II
WENN JA:			
Bluten Sie nach einer Operation oder Verletzung länger als eine Stunde?	☐	☐	III
Bekommen Sie ohne Verletzung Blutergüsse?	☐	☐	IV
Haben Sie Epilepsie (Anfallsleiden)?	☐	☐	II
WENN JA:			
Hat sich Ihr Anfallsleiden verschlechtert?	☐	☐	IV
Haben Sie weiterhin Anfälle?	☐	☐	IV
Hatten Sie jemals einen Schlaganfall?	☐	☐	II
WENN JA:			
War der Schlaganfall innerhalb der letzten sechs Monate?	☐	☐	III
Haben Sie Bronchial-Asthma?	☐	☐	II
WENN JA:			
Benutzen Sie dafür Medikamente und/oder Inhalationsmittel?	☐	☐	III
Haben Sie heute Atmungsprobleme?	☐	☐	IV
Haben Sie andere Schwierigkeiten mit der Lunge oder anhaltenden Husten?	☐	☐	II
WENN JA:			
Sind Sie außer Atem, wenn Sie 20 Stufen hinaufsteigen?	☐	☐	III
Kommen Sie beim Anziehen außer Atem?	☐	☐	IV
Hatten Sie je eine allergische Reaktion gegen Penicillin, Aspirin, Pflaster oder irgendetwas anderes?	☐	☐	II
Haben Sie einen Allergiepass?	☐	☐	
Benötigen Sie deshalb ärztliche oder Krankenhausbehandlung?	☐	☐	III
Wenn ja, wogegen?			
Haben Sie Diabetes (Blutzucker)?	☐	☐	II
Benötigen Sie Insulin?	☐	☐	II
Sind Sie zurzeit unbefriedigend eingestellt?	☐	☐	III



Name, Vorname der Patientin / des Patienten

Geburtsdatum

	JA	NEIN	ASA
Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?	☐	☐	II
Haben Sie derzeit eine Überfunktion?	☐	☐	IV
Haben Sie derzeit eine Unterfunktion?	☐	☐	III
Haben Sie eine Nierenerkrankung?	☐	☐	II
Werden Sie dialysiert?	☐	☐	III
Hatten Sie eine Nierentransplantation?	☐	☐	III
Haben Sie eine Lebererkrankung?	☐	☐	II
Haben Sie zurzeit eine Infektionskrankheit (z. B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose, andere)?	☐	☐	II
Wenn ja, welche?			
Hatten Sie jemals Krebs, eine bösartige Erkrankung oder Leukämie?	☐	☐	II
WENN JA:			
Hatten Sie deshalb eine medikamentöse Behandlung oder eine Knochenmarktransplantation?	☐	☐	III
Hatten Sie eine Strahlenbehandlung wegen eines Tumors im Kopf- oder Halsbereich?	☐	☐	III
Hatten Sie jemals die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (oder eine Variante davon)?	☐	☐	II
Leiden Sie unter Atemnot (Hyperventilation), die durch Aufregung ausgelöst wird?	☐	☐	II
Hatten Sie jemals eine Ohnmacht bei (zahn-)medizinischen Eingriffen?	☐	☐	II
Traten jemals Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen auf?	☐	☐	
Wenn ja, wann?			Art der Komplikation
Benötigen Sie eine Antibiotika-Prophylaxe vor zahnärztlichen Eingriffen?	☐	☐	II

	JA	NEIN	ASA
Nehmen Sie zurzeit verordnete oder andere Medikamente ein?	☐	☐	II
WENN JA:			
Herzmedikamente	☐	☐	
Mittel zur Blutverdünnung (z. B. Marcumar, ASS, Heparin)	☐	☐	
Gegen hohen Blutdruck	☐	☐	
Aspirin oder andere Schmerzmittel	☐	☐	
Allergiemittel	☐	☐	
Gegen Diabetes (Blutzucker)	☐	☐	
Gegen Osteoporose	☐	☐	
Bisphosphonate (früher oder heute)	☐	☐	
Kortison oder entsprechende Medikamente	☐	☐	
Medikamente gegen Transplantatabstoßung	☐	☐	
Für Haut-, Darm- oder rheumatische Erkrankungen	☐	☐	
Gegen Krebs- oder Blutkrankheiten	☐	☐	
Penicillin, Antibiotika, sonstige keimtötende Mittel	☐	☐	
Gegen Schlaf- oder Angststörungen, Depressionen	☐	☐	
Hormonpräparate	☐	☐	
Haben Sie jemals Drogen eingenommen?	☐	☐	
Sonstige Medikamente	☐	☐	
Welche Medikamente (Name, Dosis)?			
Rauchen Sie zurzeit oder haben Sie früher geraucht?	☐	☐	
Zigaretten pro Tag		Nichtraucher:in seit	
Haben Sie hormonelle Probleme?	☐	☐	II
Sind Sie schwanger? (falls zutreffend)	☐	☐	II
Sind bei Ihnen oder in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bzw. Neigungen bekannt?			
Zahnfleisch- / Zahnbetterkrankungen (Parodontitis)	☐	☐	
Osteoporose (Knochendichteprobleme)	☐	☐	
Karies	☐	☐	

Ich habe alle Fragen nach bestem Wissen beantwortet.

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in bzw. Erziehungsberechtigte:r