

# ANAMNESEBOGEN



DR. ROLF GRIEME  
ZAHNARZTPRAXIS IM BORSIGHAUS

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

**Möchten Sie kostenlos an die nächste notwendige Kontroll-Untersuchung erinnert werden?** ja  nein

## Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

### Allgemeinerkrankungen: Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

Herz- /Kreislaufkrankungen:  ja  nein welche? \_\_\_\_\_

Blutgerinnungsstörung:  ja  nein welche? \_\_\_\_\_

Infektionserkrankungen (z.B. Hep. B/C, HIV, Tbc):  ja  nein welche? \_\_\_\_\_

Lungenerkrankung (z.B. Asthma):  ja  nein welche? \_\_\_\_\_

Erkrankung der inneren Organe:  ja  nein welche? \_\_\_\_\_

Diabetes (Zuckerkrankheit):  ja  nein welche? \_\_\_\_\_

Osteoporose:  ja  nein welche? \_\_\_\_\_

Weitere Erkrankungen:  ja  nein welche? \_\_\_\_\_

### Allergien:

Leiden Sie an Allergien?  ja  nein welche? \_\_\_\_\_

### Medikamente:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger?  ja  nein

Rauchen Sie?  ja  nein wieviel? \_\_\_\_\_

Ihre Angaben unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.  
Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

✕ \_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

**Erklärung zur Speicherung der personenbezogenen Daten:** Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der zahnärztlichen Behandlung und Abrechnung durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

✕ \_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift