



ZAHNARZTPRAXIS  
DR. MATTHIAS & MARYAM STAHLSCHMIDT

## Anamnesebogen zur Aktualisierung Ihrer Daten

Vorname:  Nachname:

Geburtstag:  Tel. privat:

Handynummer:  Tel. dienstlich:

Straße, Nr.:  PLZ, Ort:

Hausarzt, Ort:  E-Mail:

Bei Familienversicherung geben Sie bitte den Hauptversicherten hier an:

Vorname:  Nachname:

Geburtstag:  Telefonnr.:

### Bei entsprechendem Versicherungsstatus bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Heilfürsorge       Basistarif       Bonusheft vorhanden  
 Privat versichert       Gesetzlich versichert       Freiwillig versichert       Private Zusatzversicherung  
 Beihilfeberechtigt       Kein Pflegegrad      Pflegegrad: 1  2  3  4  5

### Bitte beantworten Sie kurz folgende medizinisch relevante Fragen (Bitte Zutreffendes ankreuzen):

Nehmen Sie Medikamente ein?       Nein       Ja:

Gibt es Medikamente, die Sie nicht vertragen?       Nein       Ja:

Haben Sie eine Herzerkrankung / -schrittmacher?       Nein       Ja:

Besteht eine Bluterkrankung?       Nein       Ja:

Leiden Sie an Allergien?       Nein       Ja:

Bestehen sonstige Erkrankungen?       Nein       Ja:

Ist Ihr Blutdruck normal?       Ja       Nein:  zu hoch       zu niedrig

Besteht eine Schwangerschaft?       Nein       Ja      In welchem Monat?

Neigen Sie zu Ohnmacht?       Nein       Ja

Rauchen Sie?       Nein       Ja      Anzahl der Zigaretten:

Bitte auch Seite 2 ausfüllen

**Besteht eine der folgenden Erkrankungen? (Bitte Zutreffendes ankreuzen)**

- |   |                            |                          |                            |                            |                          |
|---|----------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Gelbsucht (Hepatitis)   | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja | Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Immunschwäche (HIV)   | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja | Schilddrüsenerkrankung     | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Asthma  | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja | Rheuma                     | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Magen-/Darmerkrankung   | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja | Nervenerkrankung           | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Multiresistente Erreger (wie z.B. MRSA, ESBL, VRE, Clostridien) |                            |                          |                            | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |

Hiermit bin ich darüber aufgeklärt, dass es in seltenen Fällen zu einer Verletzung der Nerven nach einer Leitungsanästhesie kommen kann. Weiterhin bescheinige ich über eine eventuelle Verkehrsuntüchtigkeit aufgeklärt worden zu sein.

Zu einer guten Zusammenarbeit gehört für uns auch eine gute Terminplanung um Ihre Wartezeit so kurz wie möglich zu halten. Dabei sind wir auf Ihre Hilfe angewiesen. Wir bitten deshalb höflich, Termine die sie nicht wahrnehmen können, rechtzeitig abzusagen. Wir behalten uns vor, reservierte und nicht rechtzeitig abgesagte Termine (Absage mindestens 24 Stunden vor Behandlungsbeginn) in Rechnung zu stellen.

Anfordern und Weiterleiten von Röntgenbildern:

Ich bin auf die Wahrnehmung der ärztlichen Schweigepflicht (§ 28 Abs. 8 Satz 3 RVÖ) hingewiesen worden und ich bin damit einverstanden, dass meine Röntgenaufnahmen nach Aufforderung weitergegeben werden dürfen.

**Vielen Dank!**

Datum:

Unterschrift:

Alles ausgefüllt? Dann bitte in der Praxis abgeben oder per E-mail senden an: [buero@dr-stahlschmidt.de](mailto:buero@dr-stahlschmidt.de). Danke!