

# ANAMNESEBOGEN

Praxis Dr. Tekyatan

**Liebe Patientin, lieber Patient,**  
für die Behandlung beim Zahnarzt können evtl.  
vorhandene oder durchgemachte Erkrankungen  
von Bedeutung sein. Bitte beantworten Sie deshalb  
zu Ihrer eigenen Sicherheit folgende Fragen:

Oralchirurgie- Implantologie  
Gemündener Str. 10  
55469 Simmern  
Tel.: 06761/9161240  
Fax.: 06761/9161241

	Patient	Hauptversicherter
Name:		
Vorname:		
Straße:		
PLZ/ Ort:		
Geboren am:		
Geburtsort:		
Krankenkasse		
Versicherung <small>Bitte entsprechendes ankreuzen</small>	<input type="checkbox"/> gesetzlich      oder	<input type="checkbox"/> Privat Basis-Tarif? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Arbeitgeber:		
Beruf:		
Telefon privat:		
Telefon beruflich:		
Mobil:		
E-Mail:		

## Für überwiesene Patienten:

Sie wurden überwiesen von der Praxis:

---

Nach Abschluss der vereinbarten Behandlung mit Ihrem Hauszahnarzt finden keine weiteren Behandlungen in der Praxis Dr. Tekyatan statt. Hiermit vereinbaren wir mit Ihnen, sich zur Weiterbehandlung bei Ihrem Hauszahnarzt vorzustellen:

---

Unterschrift der Patientin/ des Patienten

## Für Patienten ohne Überweisung:

Ich habe ein Bonusheft

Besondere Wünsche und Erwartungen:

---

**Bitte Rückseite nicht vergessen!!!!!!!**



<input type="checkbox"/> Herzfehler/ Herzkrankheiten Was?	<input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen? Was? <input type="checkbox"/> Grüner Star <input type="checkbox"/> Grauer Star
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt, wann?	<input type="checkbox"/> Krebs/ Chemotherapie, Was und Wann?
<input type="checkbox"/> Wurden Sie am Herzen operiert? Wenn ja Wann und Was?	<input type="checkbox"/> Organtransplantation? Was und Wann?
<input type="checkbox"/> Angina Pectoris?	<input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen?
<input type="checkbox"/> Künstliche Herzklappe, Herzklappenkrankheit, welche Klappe?	
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Wurden Sie in letzter Zeit operiert? Wenn Ja Wann und Was?
<input type="checkbox"/> Herzmuskelentzündung? Wann?	
<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Sind dabei Komplikationen aufgetreten? Was?
<input type="checkbox"/> Gefäßkrankheiten/ Aorta? Was?	
<input type="checkbox"/> Schlaganfall? Wann?	<input type="checkbox"/> Nehmen Sie Medikamente, Welche?
<input type="checkbox"/> Thrombosen?	
<input type="checkbox"/> Lungenentzündung, Lungenkrankheiten, Was?	
<input type="checkbox"/> Leberkrankheiten, Welche?	<input type="checkbox"/> Osteoporose?
<input type="checkbox"/> Hepatitis A B C	<input type="checkbox"/> BISPHOSPHONATE?
<input type="checkbox"/> HIV/ AIDS	<input type="checkbox"/> Nehmen oder nahmen Sie Medikamente oder Spritzen gegen Osteoporose, Wenn Ja Was? Wann?
<input type="checkbox"/> Nierenkrankheiten, welche?	<input type="checkbox"/> Allergien, gegen Was?
<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Typ I, <input type="checkbox"/> Typ II	
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen, Welche?	
<input type="checkbox"/> Krampfanfälle/ Epilepsie?	
<input type="checkbox"/> Depressionen?	<input type="checkbox"/> Sind Sie schwanger? Wenn ja in welcher Woche?
<input type="checkbox"/> Infektionskrankheit, Was?	<input type="checkbox"/> Sind Sie trockener Alkoholiker?
<input type="checkbox"/> Nachblutung bei Operationen?	<input type="checkbox"/> Rauchen Sie, wenn ja, wie viel am Tag?

**Mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass die Datenschutzverordnung** von Ihnen gelesen (Auslage im Wartezimmer) wurde. Ihre Daten werden wie darin beschrieben, nach den gesetzliche Richtlinien (DSGVO) gespeichert.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Sollten Sie einen Termin nicht einhalten ist es zwingend erforderlich den Termin 24 Std. vorher abzusagen! Wir behalten in diesem Fall vor eine Ausfallgebühr von 75€ in Rechnung zu stellen.**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_