

Anamnesebogen

Ihre Angaben helfen uns, Ihre Behandlung sicher und individuell zu planen.

1. Persönliche Angaben

Nachname	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße / Nr.	PLZ / Ort
Telefon / Mobil	E-Mail
Beruf	Hausarzt
Krankenkasse / Versicherung	Beihilfe / Zusatzversicherung

2. Allgemeine medizinische Anamnese

ERKRANKUNG / FRAGE	NEIN	JA	FALLS JA: NÄHERE ANGABEN
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, Herzinfarkt)	☐	☐	
Herzklappenfehler / künstliche Herzklappe / Endokarditis-Risiko	☐	☐	
Blutgerinnungsstörung oder erhöhte Blutungsneigung	☐	☐	
Einnahme blutverdünnender Medikamente (z. B. ASS, Marcumar, DOAK)	☐	☐	
Diabetes mellitus	☐	☐	
Schilddrüsenerkrankung	☐	☐	
Asthma / chronische Lungenerkrankung	☐	☐	
Lebererkrankung / Hepatitis	☐	☐	
Nierenerkrankung	☐	☐	
Epilepsie / Krampfanfälle / neurologische Erkrankung	☐	☐	
Osteoporose / Behandlung mit Bisphosphonaten, Denosumab oder ähnlichen Medikamenten	☐	☐	
Tumorerkrankung / Chemotherapie / Bestrahlung	☐	☐	
Infektionskrankheit (z. B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose)	☐	☐	
Allergien / Unverträglichkeiten (z. B. Medikamente, Latex, Metalle)	☐	☐	
Ohnmachtsneigung / Kreislaufprobleme	☐	☐	

3. Medikamente, Allergien und besondere Hinweise

Regelmäßig eingenommene Medikamente

Allergien / Unverträglichkeiten

Frühere Operationen / Krankenhausaufenthalte / relevante Erkrankungen

Sonstige wichtige medizinische Hinweise

4. Zahnärztliche Anamnese

ERKRANKUNG / FRAGE	NEIN	JA	FALLS JA: NÄHERE ANGABEN
Haben Sie derzeit Zahnschmerzen oder akute Beschwerden?	☐	☐	<hr/>
Blutet Ihr Zahnfleisch häufig?	☐	☐	<hr/>
Besteht eine bekannte Parodontitis / Zahnfleischerkrankung?	☐	☐	<hr/>
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	☐	☐	<hr/>
Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden, Knacken oder eingeschränkte Mundöffnung?	☐	☐	<hr/>
Tragen Sie Zahnersatz, Implantate, Schienen oder kieferorthopädische Apparaturen?	☐	☐	<hr/>
Gab es Probleme mit früheren örtlichen Betäubungen / Lokalanästhesien?	☐	☐	<hr/>
Hatten Sie schon einmal ungewöhnliche Reaktionen nach zahnärztlichen Behandlungen?	☐	☐	<hr/>
Rauchen Sie oder konsumieren Sie Nikotinprodukte?	☐	☐	<hr/>

5. Schwangerschaft / besondere Lebenssituation

Besteht eine Schwangerschaft?	☐ Nein	☐ Ja	Woche: <hr/>
Stillen Sie?	☐ Nein	☐ Ja	
Besteht aktuell eine besondere medizinische Behandlung?	☐ Nein	☐ Ja	Welche: <hr/>

6. Einwilligung zur KI-gestützten Gesprächsdokumentation (Doctolib)

FREIWILLIGE EINWILLIGUNG

Ich bin damit einverstanden, dass Gespräche im Rahmen meiner Behandlung mit einem KI-gestützten Dokumentationsassistenten von Doctolib verarbeitet werden, um die medizinische Dokumentation zu unterstützen. Die Nutzung dient ausschließlich der Erstellung bzw. Vorbereitung der Behandlungsdokumentation. Ich wurde darüber informiert, dass diese Einwilligung freiwillig ist und ich sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Eine Ablehnung oder ein Widerruf hat keine Nachteile für meine Behandlung. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung kann ich den Datenschutzhinweisen der Praxis entnehmen.

☐ JA, ich willige ein.

☐ NEIN, ich willige nicht ein.

7. Bestätigung

Ich bestätige, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen vollständig und richtig gemacht habe. Änderungen meines Gesundheitszustands oder meiner Medikation werde ich der Praxis mitteilen.

Ort / Datum

Unterschrift Patient/in

Bei Minderjährigen:

Name Sorgeberechtigte/r

Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Hinweis für die Praxis: Anamnese regelmäßig aktualisieren und Änderungen dokumentieren.