



DR. DANIEL FÖRSTER-MARENBACH  
DR. MAIKE ANNA MARENBACH

# ANAMNESEBOGEN

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine risikofreie Behandlung ist die gewünschte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

### Patient:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_

### Versicherte Person:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Versicherung: gesetzlich  freiwillig  privat  PKV-Standardtarif  Beihilfe

Ihr Hausarzt (Name, Adresse, Telefon): \_\_\_\_\_

Ihr Hauptanliegen, weshalb Sie heute unsere Praxis aufsuchen: \_\_\_\_\_

### Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen:

- |  |                          |   |                          |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Herz-/Kreislauferkrankungen                    | <input type="checkbox"/> | Herzklappenerkrankung/-ersatz           | <input type="checkbox"/> |
| Bluthochdruck (Hypertonie)                     | <input type="checkbox"/> | Herzinfarkt, Angina Pectoris            | <input type="checkbox"/> |
| Bypass/Stent/Herzschrittmacher                 | <input type="checkbox"/> | Endokarditis-Prophylaxe                 | <input type="checkbox"/> |
| Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie)        | <input type="checkbox"/> | Neigen Sie zu blauen Flecken            | <input type="checkbox"/> |
| Immunschwäche (HIV/AIDS)                       | <input type="checkbox"/> | Rheuma, rheumatisches Fieber            | <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis A, B, C) | <input type="checkbox"/> | Tuberkulose                             | <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD)           | <input type="checkbox"/> | Nierenfunktionsstörung                  | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung                         | <input type="checkbox"/> | Augenerkrankung (Glaukom - grüner Star) | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes (Zuckerkrankheit)                     | <input type="checkbox"/> | Magen-Darm-Erkrankung                   | <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankung                                | <input type="checkbox"/> | Einnahme von Bisphosphonaten            | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose                                    | <input type="checkbox"/> | Neigen Sie zu Ohnmacht                  | <input type="checkbox"/> |
| Anfallsleiden (Epilepsie)                      | <input type="checkbox"/> | Sonstige Erkrankungen/Infektionen       | <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie (wieviele pro Tag: _____ )         | <input type="checkbox"/> | Schwangerschaft (ja/vielleicht)         | <input type="checkbox"/> |

Allergien (Besitzen Sie einen Allergiepass?)

welche: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Marcumar, Clopidogrel [Plavix], ASS) ein?

welche: \_\_\_\_\_

Leiden Sie oft an Migräne, Kopfschmerzen, Nackenverspannungen, Rückenschmerzen, Tinnitus

weiter auf Seite 2 →



DR. DANIEL FÖRSTER-MARENBACH  
DR. MAIKE ANNA MARENBACH

## Unsere Praxis hat sich das Ziel gesetzt Ihre Zähne zu erhalten – von Anfang an!

Hierzu bieten wir Ihnen ein breites Spektrum an Prophylaxeleistungen, um Ihre gesunden Zähne zu schützen und Ihre Mundgesundheit zu verbessern. Selbstverständlich werden wir, falls es doch einmal nötig sein sollte, auch Ihre erkrankten Zähne sowie Ihr Zahnfleisch optimal therapieren. Im Rahmen dieses Prophylaxekonzeptes bieten wir Ihnen einen **kostenlosen Erinnerungs-Service (Recall) für Kontroll- und Prophylaxe-Termine** an.

Möchten Sie sich für unseren Recall-Service vormerken lassen? ja  nein

Wenn ja, per:  Telefon: \_\_\_\_\_

Brief: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Ich wünsche eine gezielte Beratung über ...

- |   |                       |  |                       |
|---|-----------------------|--|-----------------------|
| Implantate (künstliche Zahnwurzel)            | <input type="radio"/> | Prophylaxe/Professionelle Zahnreinigung  | <input type="radio"/> |
| Zahnersatz                                    | <input type="radio"/> | Kinderprophylaxe                         | <input type="radio"/> |
| Laser-Behandlung                              | <input type="radio"/> | Beratung für Schwangere                  | <input type="radio"/> |
| Parodontalbehandlung (Zahnfleischbehandlung)  | <input type="radio"/> | Mundgeruchsprechstunde                   | <input type="radio"/> |
| Amalgamaustausch/ -alternativen               | <input type="radio"/> | Bleaching (Zahnaufhellung)               | <input type="radio"/> |
| Schöneres Lächeln – ästhetische Zahnheilkunde | <input type="radio"/> | Angstfreie Behandlung                    | <input type="radio"/> |
| Kiefergelenk-Behandlung (CMD)                 | <input type="radio"/> | Ich wünsche eine reine Schmerzbehandlung | <input type="radio"/> |
| Sonstiges                                     | <input type="radio"/> | _____                                    |                       |

### Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Telefonbuch:  Gelbe Seiten:  Internetpräsenz:  Internetsuchmaschine:

Lage der Praxis:  auf Empfehlung von: \_\_\_\_\_

Unsere Praxis beauftragt eine zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft mit der Erstellung Ihrer Privatrechnung für Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden. Im Rahmen dieser Serviceleistung bieten wir Ihnen die Möglichkeit der kostenfreien sechsmonatigen Ratenzahlung an. Ein weiterer Vorteil für Sie ist, dass wir unseren Verwaltungsaufwand hierdurch reduzieren und dadurch mehr Zeit für Sie und Ihre Behandlung haben. Selbstverständlich wird vor dem Erbringen einer solchen „Privat“-Leistung Ihr Einverständnis eingeholt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen und verpflichte mich, Änderungen umgehend mitzuteilen.

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer der aktuellen Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/des Erziehungsberechtigten