

# ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

# BAGHDASARYAN & KOLLEGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir, das Team der Praxis BAGHDASARYAN & KOLLEGEN, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Um Ihnen eine Betreuung auf hohem Niveau zu gewährleisten und gezielt auf Ihre individuellen gesundheitlichen und persönlichen Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

## PERSÖNLICHE ANGABEN PATIENT | IN

Name	Titel
Vorname	Geburtsdatum
Geburtsort	Straße   Hausnummer
PLZ   Ort	Beruf*
Telefon (privat)	Telefon (mobil)**
E-Mail**	Hausarzt***

## WIE SIND SIE VERSICHERT? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Gesetzlich versichert  
 Privat versichert

Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung?

Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?

- Ja  Nein  
 Ja  Nein

Versicherter (falls abweichend von Patient | in)

Name   Vorname	Geburtsdatum
Straße   Hausnummer	PLZ   Ort
Telefon (privat)	

## ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma                             | <input type="checkbox"/> Allergien           |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie einen Allergiepass?      |  |
| <input type="checkbox"/> Herzfehler   künstliche Herzklappe |  |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck                    | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Grüner Star                        | <input type="checkbox"/> Leber               |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt                   | <input type="checkbox"/> Gelenke (Rheuma)    |
| <input type="checkbox"/> Immunsuppression                   | <input type="checkbox"/> Schlaganfall        |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen _____        |  |

- |   |   |
|---|---|
| Wenn ja, welche? _____  |   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                   | <input type="checkbox"/> Endokarditisprophylaxe |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                                | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher      |
| <input type="checkbox"/> Ohrensausen   Tinnitus                     | <input type="checkbox"/> Epilepsie              |
| <input type="checkbox"/> Nieren                                     | <input type="checkbox"/> Schilddrüse            |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose                                | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung        |
| <input type="checkbox"/> Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen |   |

\* Freiwillige Angabe – diese Information kann hilfreich für die Behandlung sein.

\*\* Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.

\*\*\* Freiwillige Angabe – wenn die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bezüglich einer Einwilligung auf Sie zu.

Leiden Sie unter folgenden Infektionskrankheiten? (zutreffendes bitte ankreuzen)

- |  |                                     |  |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis                         | <input type="checkbox"/> HIV   AIDS | <input type="checkbox"/> Tuberkulose                             |
| <input type="checkbox"/> Krankenhauskeime (z.B. MRSA etc.) |                                     | <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob (CJK)   Varianten CJK |

Nehmen Sie Medikamente ein? (zutreffendes bitte ankreuzen)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blutdruckmedikamente   | <input type="checkbox"/> Herzmedikamente | <input type="checkbox"/> Bisphosphonate |
| <input type="checkbox"/> Cortison (Kortikoide)  | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel   | <input type="checkbox"/> Antidepressiva |
| <input type="checkbox"/> Blutverdünnende Medikamente, z. B. Marcumar®, Xarelto®, Eliquis®, Pradaxa® oder ASS® |  |   |

Sonstige Medikamente? \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten?

Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_

**ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT** (zutreffendes bitte ankreuzen)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Leiden Sie unter Zahnschmerzen?   | <input type="checkbox"/> Blutet Ihr Zahnfleisch?                    |
| <input type="checkbox"/> Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?  | <input type="checkbox"/> Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen? |
| <input type="checkbox"/> Leiden Sie unter Mundgeruch?  | <input type="checkbox"/> Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?    |
| <input type="checkbox"/> Wurde bei Ihnen bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? |   |

Sonstiges \_\_\_\_\_

**WEITERE MEDIZINISCH RELEVANTE ANGABEN** (zutreffendes bitte ankreuzen)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? | Wenn ja, in welcher Woche? _____            |
| <input type="checkbox"/> Rauchen Sie?                          | Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____ |
| <input type="checkbox"/> Schnarchen Sie?                       |   |

Wann war Ihre letzte Röntgen-Untersuchung im Bereich der Zähne? \_\_\_\_\_

#### SONSTIGE ANGABEN

Was führt Sie zu uns?\* \_\_\_\_\_

Was wünschen Sie sich langfristig für Ihre Zahngesundheit?\* \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?\*\* \_\_\_\_\_

\* Freiwillige Angaben – diese Angaben sind für die Behandlung sinnvoll, jedoch nicht zwingend erforderlich.

\*\* Freiwillige Angabe – hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik.

#### ALLGEMEINE HINWEISE

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen. Hinweis zur Organisation: Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen.

---

Ort | Datum

---

Unterschrift

#### HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN | \*HINWEIS ZU FREIWILLIGEN ANGABEN

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) 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).

---

Ort | Datum

---

Unterschrift

**ZARA BAGHDASARYAN | ZAHNÄRZTIN**

Dalbergstraße 2A | 65929 Frankfurt am Main | T 069 33 17 62 | F 069 31 76 00  
praxis@bk-zahnmedizin.de | bk-zahnmedizin.de