



Anamnesebogen

Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Gesundheit

Dental Aesthetics · Doctor medic Claudius-Horatus Moldovan · Simonstraße 3, 33106 Paderborn-Elsen · Stand: 03.10.2026

Liebe Patientin, lieber Patient,

Allgemeinerkrankungen und Medikamente können die zahnärztliche Behandlung beeinflussen. Bitte füllen Sie den Bogen deshalb sorgfältig aus. Wenn Sie bei einer Frage unsicher sind, lassen Sie sie offen – wir besprechen sie gemeinsam.

Alle Angaben unterliegen der **Schweigepflicht** und kommen in Ihre Patientenakte. Felder mit dem Zusatz **(freiwillig)** können Sie leer lassen. Bitte teilen Sie uns Änderungen mit, zum Beispiel neue Medikamente.

1. Persönliche Angaben

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Telefon: _____
Straße, Hausnummer: _____ PLZ, Ort: _____
Mobil (freiwillig): _____ E-Mail (freiwillig): _____
Beruf (freiwillig): _____

2. Versicherung

Krankenkasse / private Krankenversicherung: _____

gesetzlich versichert	☐ ja ☐ nein	privat versichert	☐ ja ☐ nein
Basistarif	☐ ja ☐ nein	Zahnzusatzversicherung	☐ ja ☐ nein
beihilfeberechtigt	☐ ja ☐ nein	Pflegegrad (wenn ja: ____)	☐ ja ☐ nein

Falls Sie nicht selbst Mitglied der Versicherung sind: Wer ist die versicherte Person?

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Anschrift (falls abweichend): _____

3. Hausärztin / Hausarzt

Name: _____ Ort, Telefon: _____

Rückfragen dort stellt die Praxis nur mit Ihrer Einwilligung (siehe „Patienteninformation zum Datenschutz“, Seite 2).

4. Ihr Anliegen

Warum kommen Sie zu uns? ☐ Kontrolle ☐ Schmerzen ☐ Beratung ☐ neuer Zahnersatz

☐ zweite Meinung ☐ anderes: _____

Haben Sie akute Schmerzen? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, wie äußern sie sich?

☐ Dauerschmerz ☐ bei süß / sauer ☐ bei heiß / kalt ☐ beim Kauen oder bei Belastung

☐ auch ohne Belastung ☐ am Zahnfleisch (Schmerz, Entzündung) ☐ im Kiefer oder Kiefergelenk

5. Ihre Gesundheit

Haben oder hatten Sie Erkrankungen oder Beschwerden an ...

Herz oder Kreislauf	☐ ja ☐ nein	Leber	☐ ja ☐ nein
Nieren	☐ ja ☐ nein	Magen oder Darm	☐ ja ☐ nein
Schilddrüse (☐ Unter- ☐ Überfunktion)	☐ ja ☐ nein	Wirbelsäule	☐ ja ☐ nein
Gelenken (Rheuma)	☐ ja ☐ nein		

Haben oder hatten Sie ...

hohen Blutdruck	☐ ja ☐ nein	niedrigen Blutdruck	☐ ja ☐ nein
Diabetes	☐ ja ☐ nein	Zahnfleischbluten	☐ ja ☐ nein
Ohrensausen / Tinnitus	☐ ja ☐ nein	Epilepsie	☐ ja ☐ nein
Grünen Star	☐ ja ☐ nein	Osteoporose	☐ ja ☐ nein
Tuberkulose	☐ ja ☐ nein	eine HIV-Infektion	☐ ja ☐ nein
Hepatitis (Typ: ☐ A ☐ B ☐ C)	☐ ja ☐ nein	Allergien	☐ ja ☐ nein

Allergien – wogegen? _____

Sonstige Infektionen oder Erkrankungen: _____

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

☐ eine Herzklappenentzündung ☐ Angina Pectoris ☐ einen Herzinfarkt ☐ einen Herzschrittmacher

Medikamente: Nehmen Sie ...

☐ Herzmedikamente ☐ Cortison (Kortikoide) ☐ Schmerzmittel ☐ Antidepressiva ☐ Bisphosphonate

☐ blutverdünnende Medikamente, zum Beispiel Marcumar oder ASS

Welche Medikamente genau? Weitere Medikamente: _____

Sind bei Ihnen Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, gegen welche? _____

Weitere Fragen

Sind Sie schwanger? ☐ ja ☐ nein ☐ nicht sicher Wenn ja, in welcher Woche? _____

Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein Knirschen Sie mit den Zähnen? ☐ ja ☐ nein ☐ weiß ich nicht

Fühlen Sie sich seelisch stark belastet? (freiwillig) ☐ ja ☐ nein

Wann wurden Ihre Zähne zuletzt geröntgt, und wo? _____

Fragen oder Anmerkungen: _____

6. Hinweise der Praxis

Termine

Wir nehmen uns für Ihren Termin Zeit und halten ihn nur für Sie frei. Wenn Sie einen Termin nicht einhalten können, sagen Sie bitte so früh wie möglich ab, spätestens 24 Stunden vorher: Telefon 05254 65333 (auch auf dem Anrufbeantworter) oder E-Mail info@da-mvz.de.

Ausfallhonorar: Die Praxis behält sich vor, ein Ausfallhonorar von 25 Euro zu berechnen, wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen und nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt haben. Das gilt nicht, wenn Sie das Versäumnis nicht zu vertreten haben, zum Beispiel bei einem Unfall oder einer plötzlichen Erkrankung. Sie können nachweisen, dass der Praxis kein oder ein geringerer Ausfall entstanden ist, zum Beispiel weil der Termin anderweitig vergeben werden konnte; dann wird entsprechend weniger oder nichts berechnet.

Kosten

Leistungen, die über die Versorgung Ihrer gesetzlichen Krankenkasse hinausgehen, berechnet die Praxis nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Darüber informieren wir Sie **vor** der Behandlung schriftlich und schließen mit Ihnen eine Vereinbarung. Ohne Ihre Zustimmung entstehen Ihnen keine privaten Kosten.

Teilnahme am Straßenverkehr

Nach einer zahnärztlichen Behandlung kann Ihre Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein, unter Umständen bis zu 24 Stunden – durch die Behandlung selbst, durch die örtliche Betäubung oder durch Medikamente. Bitte fahren Sie in diesem Fall nicht selbst. Auf Wunsch rufen wir Ihnen ein Taxi; die Fahrtkosten tragen Sie selbst.

In eigener Sache (freiwillig)

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Eine Terminerinnerung per SMS können Sie auf Seite 2 der „Patienteninformation zum Datenschutz“ wählen.

7. Unterschrift

Ich habe die Fragen nach bestem Wissen beantwortet. Die Hinweise der Praxis unter 6 habe ich gelesen; mit der Regelung zum Ausfallhonorar bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin / Patient

Ort, Datum

Unterschrift der gesetzlichen Vertretung (falls vorhanden)

Von der Praxis auszufüllen: Aktualisierung

Datum	Änderungen (oder „keine“)	Handzeichen