

Zahnarztpraxis Burgwedel  
Dr. Silke Feld-Bornemann  
Tätigkeitsschwerpunkt  
Implantologie

Dr. Albert-David Straße 19, 30938 Burgwedel  
Telefonnummer: 05139-5588  
info@zahnarztpraxis-burgwedel.com  
www.zahnarztpraxis-burgwedel.com



# Anamnesebogen

LIEBE PATIENTEN,

für die Behandlung beim Zahnarzt können eventuell vorhandene oder durchgemachte Erkrankungen von Bedeutung sein. Bitte beantworten Sie deshalb zu Ihrer eigenen Sicherheit folgende Fragen:

PATIENT

HAUPTVERSICHERTER

Name:

Vorname:

Geboren am:

Krankenkasse / Versicherung:

Straße:

PLZ / Ort:

Arbeitgeber:

Beruf:

Telefon privat:

Telefon beruflich:

E-Mail:

Wie sind Sie auf unsere Praxis  
aufmerksam geworden?

Internet

Familie, Freunde, Bekannte

Sonstiges:

Name und Anschrift Ihres  
Hausarztes:

HATTEN ODER HABEN SIE FOLGENDE KRANKHEITEN?

Allergien	nein	ja	welche:
Blutdruck	niedrig	normal	hoch ggf. Werte:
Diabetes	nein	ja	
Herz- und Kreislaufstörungen	nein	ja	
Herzerkrankungen (Herzklappen, Herzinfarkt etc.)	nein	ja	
Schlaganfall	nein	ja	ggf. wann:
Rheuma	nein	ja	ggf. wann:
Infektionskrankheiten (Hepatitis, AIDS etc.)	nein	ja	welche:
Neigen Sie zu Nachblutungen?	nein	ja	
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?	nein	ja	welche:
Nehmen Sie laufend Medikamente ein?	nein	ja	welche:
Lungenerkrankung? (Asthma, TBC, Bronchitis)	nein	ja	
Schilddrüsenerkrankung? (Überfunktion)	nein	ja	
Entzündungen? (Nasennebenhöhlenentzündung)	nein	ja	
Nervenerkrankung? (Epilepsie, psychische Erkrankung)	nein	ja	
Eine Krankheit, die hier nicht aufgeführt ist?	nein	ja	welche:
Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?	nein	ja	welche Woche:
Chemo-, Strahlentherapie	nein	ja	welche:
Haben Sie ein künstliches Gelenk?	nein	ja	
Rauchen Sie?	nein	ja	
Sind Sie zufrieden mit Ihrer Zahnfarbe?	nein	ja	
Knirschen / Pressen Sie mit den Zähnen?	nein	ja	
Besteht Interesse an einer Sportschiene?	nein	ja	
Besondere Wünsche und Erwartungen: (z.B. Implantate, Bleaching, Veneers, Einlagefüllung Kunststoff oder Keramik)			

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift

Zahnarztpraxis Burgwedel  
Dr. Silke Feld-Bornemann  
Tätigkeitsschwerpunkt  
Implantologie

Dr. Albert-David Straße 19, 30938 Burgwedel  
Telefonnummer: 05139-5588  
info@zahnarztpraxis-burgwedel.com  
www.zahnarztpraxis-burgwedel.com



Vorname, Name

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

## Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Hiermit bestätige ich den Erhalt über die Hinweise der Datenschutzverarbeitung.

- auch hinsichtlich Art, Zweck der Daten, Art der Personen, die möglichen Empfänger der Daten (wie z.B. Krankenkassen, Verrechnungsstellen, zahntechnische Labore, medizinisch-pathologische Labore, andere Mediziner wie Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, Allgemeinmediziner und alle anderen Mediziner, Steuerprüfstellen und Steuerberater.
- ferner über die datenschutzrechtlichen Ansprüche von Patientenseite über Auskunft, Berichtigung, Sperrung, Löschung, Widerspruchsrecht und Datenübertragbarkeit.
- sowie Patientenrecht auf Widerruf einer Einwilligung.

Burgwedel, den

Unterschrift