

**Dr. Astrid Buschmann**  
**Zahnheilkunde für die Familie**  
**an der Konstabler Wache**

Telefon 069 / 28 57 38  
Fax 069 / 920 208 90  
www.familienzahnarzt-ffm.de

---

**Anamneseformular / Patient Questionnaire**

---

<b>Nachname, Vorname (Patient)</b> Patient name: Mr./Mrs./Ms./Dr./Child	<b>Geburtsdatum/-ort,</b> Date of birth / Place of birth	<b>Geschlecht:</b> <input type="radio"/> m <input type="radio"/> w
<b>Straße, Hausnummer</b> Address	<b>Postleitzahl, Ort</b> Post/ Zip code	
<b>Telefon (privat/mobil)</b> Tel.-Number private	<b>Telefon (geschäftlich)</b> Tel.-Number business	
<b>E-Mail</b>	<b>Beruf</b> profession	
<b>Name der Krankenkasse / Versicherung:</b> Name of health insurance:		
<input type="radio"/> <b>Gesetzlich</b> versichert / german public insurance <input type="radio"/> <b>Beihilfeberechtigt</b> / eligible for government allowance		
<input type="radio"/> <b>Privat</b> versichert - nicht im Basistarif / <b>private</b> <input type="radio"/> <b>Zusatzversichert</b> / additional insurance		
<input type="radio"/> <b>Privat</b> versichert - im <b>Basistarif</b> / <b>private basic</b>		
<b>Hausarzt - Name, Adresse, Telefon</b>	Name of your physician/general doctor - address, phone Nr	

---

**Versicherter / If policy holder is not the patient**

---

<b>Nachname, Vorname</b> Name of insuranceholder	<b>Geburtsdatum</b> Date of birth
<b>Straße, Hausnummer</b> Address	<b>Postleitzahl, Ort</b> Post/ Zip code

---

**Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger / Permission to treat**

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

This is to certify that I (the undersigned or guardian of a minor) consent to the performing of the dental or oral procedures to be necessary or advisable, including the use of local anaesthesia. I authorize the release of any records that are relevant to the processing and payment held by Dr. Buschmann to any appropriate health professional, licensing or regularity body for the purpose of administrative audit.

---

Datum / Date

---

Erziehungsberechtigter / Insuranceholder

---

**Fragebogen für gesunde Zähne / Dental Health Record**

**1. Sind Sie zufrieden mit der Farbe Ihrer Zähne?**  ja  nein  
Are you content with your smile and the colour of your teeth?

**2. Haben Sie Interesse an Informationen über folgende Behandlungen:**  
Are you interested in further information on one of the following methods on treatment:

- Professionelle Zahnreinigung** / professional dental cleaning (prophylaxis)  **Implantate** / implants
- Ästhetische Zahnmedizin** / esthetic dentistry  **Bleaching**
- Hypnose** zum Angstabbau, zur Entspannung, zur Reduktion von Betäubungsmittel
- Raucherentwöhnung**

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich**  
Medical History

**Gesundheitszustand**  
General health record

**Bitte ankreuzen**  
Please check, where applicable

- Blutdruck**  niedrig / low  normal (120:80mmHg)  hoch / high  
Bloodpressure
- Herzklappenerkrankung/-defekt**  ja  nein  
Heartvalve disease
- Herzkrankung**  ja  nein  
Heart disease
- Herzschrittmacher**  ja  nein  
Pacemaker

**Weitere Erkrankungen**  
Other diseases

**Bitte ankreuzen**  
Please check, where applicable

- Blutgerinnungsstörungen**  ja  nein  
Blood coagulation disorder
- Asthma**  ja  nein
- Lungenerkrankung**  ja  nein  
Pulmonary disease
- Schilddrüsenerkrankung**  ja  nein  
Thyroid malfunction
- Rheuma**  ja  nein  
Rheumatism
- Diabetes**  ja  nein

**Andere:**  
any others:

**Infektionserkrankungen**  
Infection disease

**Allergien**  
Allergic reaction to medication

- HIV**  ja  nein  
HIV infection
- Hepatitis**  ja  nein
- Tuberkulose**  ja  nein  
Tuberculosis
- Tumor / Karzinom / Krebs**  ja  nein  
cancer
- Nehmen/nahmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosphonate?**  ja  nein
- Lokalanästhetika**  ja  nein  
Local anesthetic
- Schmerzmittel**  ja  nein  
Analgetic
- Antibiotika**  ja  nein  
Antibiotics

**Andere Infektionen:**  
any other:

**Andere Allergien / Unverträglichkeiten:**  
any other:

**Allgemeine Angaben**  
General record

- Drogenkonsum**  ja  nein  
Are you taking drugs?
- Raucher**  ja  nein  
**Seit wann? Wie viele Zigaretten pro Tag?**  
Are you smoking - since when?  
How many per day?
- Regelmäßige Medikamente**  ja  nein  
frequent medication
- Medikamentenplan?** chart of medication?
- Schwangerschaft**  \_\_\_\_\_  
pregnancy
- Frühere Röntgenuntersuchungen**  
Date of last X-Ray
- wenn ja, welche Körperteile / Datum**  
if yes, body parts / date
- Wünschen Sie einen Röntgenpass?**  ja  nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

**Wichtige Informationen:**

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen (Adresse, Medikation, Gesundheitszustand, Befunde) zu informieren.

**Die vereinbarten Termine werden ausdrücklich für Sie freigehalten. Wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Im Falle eines Nichterscheinens kommt eine Ausfallgebühr in Höhe von bis zu 150 € pro Stunde oder die Kosten der gesamten Behandlung auf Sie zu.**

**Important:**

All given information are confidential.

If you ever have any changes in your health or change in medication, please inform the dentist at the next appointment.

**We ask you to cancel agreed appointments 24h in advance.**

**In case of non-appearance we can bring to your account cancellation fee amounting to 150 Euro/ h or to the entire treatment costs.**

**As a member of a German public health insurance, please provide your health insurance card 10 days after first treatment at latest, since we otherwise have to charge you directly. As a member of a commercial / private insurance wie will invoice you directly for the treatment.**

\_\_\_\_\_  
Datum / Date

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Signature