

Anamnese- und Patientenaufnahmebogen

Herzlich willkommen bei smileDentity. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. Um eine sorgfältige und auf Sie abgestimmte Behandlung durchführen zu können, bitten wir Sie um ein paar aktuelle Angaben zu Ihrer Gesundheit sowie zu Ihren Wünschen im Bereich Ästhetik. Einige Erkrankungen und Medikamente können Auswirkungen auf Ihre zahnärztliche Behandlung haben – bitte teilen Sie uns Änderungen daher auch künftig stets vor Behandlungsbeginn mit.

Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Optimierung Ihrer Behandlung. Bei Fragen hilft Ihnen das smileDentity-Team gerne weiter.

Bitte füllen Sie alle Felder vollständig und wahrheitsgemäß aus.

Patienten- und Kontaktdaten

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon privat

Telefon geschäftlich / mobil

E-Mail

Beruf / Arbeitgeber

Hausarzt / Hausärztin (Name, Ort)

VERSICHERUNG

Krankenkasse

Versicherungsstatus

gesetzlich versichert

privat versichert

Beihilfeberechtigt (öffentlicher Dienst)?

ja

nein

Zusatzversicherung vorhanden?

ja

nein

FALLS SIE NICHT SELBST VERSICHERUNGSMITGLIED SIND

Name Versicherter

Vorname

Geburtsdatum

RECHNUNGSEMPFÄNGER, FALLS ABWEICHEND

PATIENTEN- UND KONTAKTDATEN

Name

Adresse

SONSTIGES

Wer hat uns empfohlen?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Allgemeine Gesundheitsanamnese

Zutreffendes bitte ankreuzen. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig – auch scheinbar unwichtige Angaben können für Ihre Behandlung relevant sein.

ALLGEMEIN

Befinden Sie sich aktuell in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, weswegen?

Bestehen bei Ihnen gesundheitliche Risiken, über die wir informiert sein sollten? ja nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie Allergien (z. B. Medikamente, Latex, Metalle/Nickel, Pflaster, Desinfektionsmittel, Lokalanästhetika)? ja nein

Wenn ja, welche?

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

HERZ, KREISLAUF, BLUT

Herz-Kreislauf-Erkrankung (z. B. Herzinfarkt, Herzfehler, Herzklappenersatz, erhöhtes Endokarditisrisiko)? ja nein

Wenn ja, welche?

Bluthochdruck? ja nein

Niedriger Blutdruck? ja nein

Gerinnungsstörung bzw. erhöhte Blutungsneigung? ja nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein (z. B. Marcumar, ASS, Xarelto, Eliquis, Pradaxa)? ja nein

Wenn ja, welches Präparat?

STOFFWECHSEL UND ORGANE

Diabetes (Zuckerkrankheit)? ja nein

Wenn ja, Typ und Einstellung?

Schilddrüsenerkrankung? ja nein

Lungenerkrankung, Asthma oder COPD? ja nein

Magen- oder Darmerkrankung? ja nein

Nierenerkrankung? ja nein

Lebererkrankung? ja nein

Nasen- oder Nebenhöhlenerkrankung? ja nein

ALLGEMEINE GESUNDHEITSANAMNESE

INFEKTIONEN

Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt (z. B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose)?

ja nein

Wenn ja, welche?

Sind Sie Träger multiresistenter Keime (z. B. MRSA)?

ja nein

KNOCHEN, GELENKE, NERVEN

Nehmen Sie Osteoporose-Medikamente, Bisphosphonate oder Antiresorptiva ein (z. B. Prolia®, Xgeva®)?

ja nein

Wenn ja, seit wann?

Künstliche Gelenke oder Herzklappen?

ja nein

Wenn ja, welche und seit wann?

Epilepsie oder andere neurologische Erkrankungen?

ja nein

Psychische Erkrankung, die für die Behandlung relevant sein könnte (z. B. Depression, Angsterkrankung)?

ja nein

Erhöhter Augeninnendruck (grüner Star) oder Engwinkelglaukom?

ja nein

Krebserkrankung, aktuell oder in der Vergangenheit?

ja nein

Wenn ja, welche, wann, ggf. Chemo-/Strahlentherapie im Kopf-Hals-Bereich?

SONSTIGES

Sonstige Erkrankungen, die wir kennen sollten?

ja nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (auch pflanzliche Präparate)?

ja nein

Wenn ja, welche?

Rauchen Sie oder nutzen Sie E-Zigaretten?

ja nein

Wenn ja, wie viel täglich?

Für unsere Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft oder Stillzeit?

ja nein

Wenn ja, in welcher Woche?

Zahnärztliche Anamnese

Weswegen suchen Sie uns aktuell auf?

Haben Sie Zahnschmerzen?	ja	nein
Blutet Ihr Zahnfleisch beim Putzen?	ja	nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	ja	nein
Sind Zähne gelockert?	ja	nein
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen (Bruxismus)?	ja	nein
Tragen Sie eine Aufbissschiene?	ja	nein
Geräusche, Schmerzen oder Bewegungseinschränkungen im Kiefergelenk?	ja	nein
Häufige Kopf-, Nacken- oder Verspannungsschmerzen?	ja	nein
Wurde bei Ihnen bereits eine Kiefervermessung / Funktionsanalyse durchgeführt?	ja	nein
Wurden Sie schon einmal örtlich betäubt? Traten dabei Komplikationen auf?	ja	nein

Wenn ja, welche?

Letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung (ungefähr)

Letzte professionelle Zahnreinigung (ungefähr)

Wie stark ist Ihre Angst vor zahnärztlichen Behandlungen?

keine gering mittel stark

Ihre Wünsche im Bereich Ästhetik

Als Zentrum für Ästhetisch-rekonstruktive Zahnmedizin ist es uns wichtig, Ihre persönlichen Wünsche zu verstehen, um gemeinsam mit Ihnen ein Behandlungskonzept zu entwickeln, das Funktion und Ästhetik in Einklang bringt.

Sind Ihnen ästhetisch schöne Zähne wichtig?	ja	nein
Sind Sie mit der Farbe Ihrer Zähne zufrieden?	ja	nein
Interessieren Sie sich für eine Zahnaufhellung (Bleaching)?	ja	nein
Sind Sie mit der Form und Stellung Ihrer Zähne zufrieden?	ja	nein
Sind Sie mit Ihrem Lächeln insgesamt zufrieden?	ja	nein
Vermeiden Sie es, beim Lachen oder auf Fotos die Zähne zu zeigen?	ja	nein
Stört Sie sichtbares Zahnfleisch beim Lächeln („Gummy Smile“)?	ja	nein
Hatten Sie bereits ästhetische zahnmedizinische Behandlungen (z. B. Bleaching, Veneers, Kunststoff-/Keramikaufbauten)?	ja	nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie Erfahrung mit Botulinumtoxin- oder Filler-Behandlungen im Gesichtsbereich?	ja	nein
--	----	------

Wenn ja, welche?

WORAN SIND SIE GRUNDSÄTZLICH INTERESSIERT?

Bleaching	Veneers / Smile Design	Kronen / Brücken	Präventive Zahnheilkunde
Implantate	CMD- / Botulinumtoxin-Therapie	Biologisch-ganzheitliche Zahnmedizin	
Smile Enhancement / Lippenunterspritzung	Prophylaxe / professionelle Zahnreinigung		

Was wünschen Sie sich konkret von Ihrer Behandlung?

Gibt es einen bestimmten Anlass oder Zeitrahmen?

Möchten Sie uns Referenz- oder Wunschfotos mitgeben bzw. nachreichen?	ja	nein
---	----	------

EINWILLIGUNG FOTODOKUMENTATION

Zur Planung und Dokumentation Ihrer ästhetischen Behandlung fertigen wir ggf. Vorher-/Nachher-Fotografien an, die ausschließlich in Ihrer Patientenakte gespeichert werden. Eine Verwendung zu Marketing- oder Werbezwecken (z. B. Website, Social Media) erfolgt ausschließlich mit Ihrer gesonderten, jederzeit widerruflichen Einwilligung.

Ich willige in die Anfertigung von Fotos zu Dokumentationszwecken ein.

Ich willige zusätzlich in eine anonymisierte Verwendung zu Marketingzwecken ein (freiwillig, jederzeit widerruflich).

UNSER RECALL-SERVICE

Wie dürfen wir Sie an Vorsorge- und Kontrolltermine erinnern?

SMS E-Mail Telefon Brief

Ihre Einwilligung zur Kontaktaufnahme zu Recall-Zwecken ist jederzeit ohne Angabe von Gründen formlos widerruflich, z. B. per E-Mail an info@smiledentity.de.

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen (wie z. B. Füllungen, Wurzelbehandlungen, Extraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus (einem Hirnnerv) mit Gefühl versorgt.

Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesie möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie) in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (Intraligamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nerven (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar.

Ferner kann es unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen:

- **HÄMATOM (BLUTERGUSS):** Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umliegende Gewebe eintreten. Bei Blutungen in einem der Kaumuskeln infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch zu Infektionen kommen. Sie sollten Ihren Zahnarzt darüber informieren, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.
- **NERVENSCHÄDIGUNG:** Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem die Injektion im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte, Unterkiefer- oder Lippenregion betroffen sein kann. Hier gibt es derzeit keine spezielle Therapie. Die spontane Heilung muss abgewartet werden. Sollte das Taubheitsgefühl nicht maximal nach 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie Ihren Zahnarzt.
- **VERKEHRSTÜCHTIGKEIT:** Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Diese ist primär nicht auf das Medikament, sondern vielmehr auf den Stress und die Angst im Rahmen der Behandlung sowie der lokalen Irritation zurückzuführen. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.
- **SELBSTVERLETZUNG:** Sollten außer dem behandelten Zahn auch die umgehenden Weichteile (z. B. Zunge, Wangen, Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, auf Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

Kurzfristige Terminabsagen

Wir reservieren Ihre Behandlungszeit exklusiv. Bei Absagen unter 24 Stunden oder Nichterscheinen behalten wir uns vor, gemäß § 615 BGB ein angemessenes Ausfallhonorar zu berechnen, sofern der Termin nicht anderweitig vergeben werden kann.

- Eine Erstattung durch die gesetzliche oder private Krankenversicherung erfolgt hierbei nicht.
- Bitte sagen Sie Termine möglichst frühzeitig, spätestens jedoch 24 Stunden vorher, telefonisch oder per E-Mail ab.
- Bei kurzfristiger Erkrankung entfällt die Berechnung gegen Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung.

Bestätigung

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Die Aufklärung zur Lokalanästhesie sowie der Hinweis zu kurzfristigen Terminabsagen wurden mir zur Kenntnis gegeben, meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Wenn sich mein Gesundheitszustand ändern sollte, teile ich es unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich – ausschließlich bei konsiliarischen Untersuchungen und Therapien, die der Optimierung meiner Behandlung und Gesundheit dienen, entbinde ich mit meiner Unterschrift von der Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Bitte mit Finger oder Apple Pencil unterschreiben

Datenschutzerklärung

Im Rahmen Ihrer Behandlung müssen wir Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versicherungsstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand erheben. Selbstverständlich werden diese Informationen durch unsere Praxis mit der größtmöglichen Sorgfalt verwaltet. Um Ihnen einen Überblick über die zu Ihnen geführten Daten und den Datenschutz der Praxis zu geben, nachfolgend die wichtigsten Informationen:

1. WER IST IN UNSERER PRAXIS FÜR DEN DATENSCHUTZ VERANTWORTLICH?

Verantwortlich und Ansprechpartner bei Fragen:

Praxisinhaber	Andreas Haas M.Sc.
Rechtsform der Praxis	Einzelpraxis
Praxisadresse	Hauptstraße 45, 63303 Dreieich
Telefon	06103-9956000
Telefax	06103-9956003
E-Mail	info@smiledentity.de

2. WELCHE PERSONENBEZOGENEN DATEN ERHEBEN WIR?

Wir erheben, speichern, nutzen, übermitteln oder löschen personenbezogene Daten von Patientinnen und Patienten sowie von allen anderen natürlichen Personen, die in Kontakt mit unserer Praxis stehen (z. B. Bevollmächtigte, Erziehungsberechtigte, Besucher unserer Internetseite).

- Persönliche Angaben (Vor- und Nachname, Adresse, Geburtsdatum und -ort, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Versicherungsstatus).
- Gesundheitsdaten (Anamnese, Befunde, Therapie, Röntgenbilder).
- Fotodokumentation im Rahmen ästhetischer Behandlungen, sofern Sie hierin gesondert eingewilligt haben.

Angaben zu Kindern erheben wir nur, wenn diese durch die Erziehungsberechtigten als Patient vorgestellt werden.

3. WER ERHÄLT GGF. IHRE PERSONENBEZOGENEN DATEN ÜBERMITTELT?

Im Falle der Abrechnung Ihrer Behandlung erhalten Ihre gesetzliche Krankenkasse und die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die erforderlichen Behandlungsdaten. Sind Sie privat versichert, erhält Ihre Privatkasse nur dann Daten, wenn Sie uns ausdrücklich dazu auffordern. Aufgrund gesetzlicher Prüfpflichten kann der Zahnarzt verpflichtet sein, Röntgenbilder zur Prüfung an die Zahnärztliche Stelle Röntgen zu übersenden.

Darüber hinaus setzen wir sorgfältig ausgewählte Auftragsverarbeiter ein, die uns vertraglich zur Einhaltung des Datenschutzes verpflichtet sind:

- Anbieter unserer Praxisverwaltungssoftware sowie zugehöriger IT-Wartung/Support.
- Von uns beauftragte zahntechnische Labore, soweit dies für die Anfertigung Ihres Zahnersatzes erforderlich ist.
- Ggf. externe Abrechnungsstellen, sofern Sie deren Einschaltung wünschen oder ihr zustimmen.

4. WELCHEM ZWECK DIENEN IHRE DATEN UND MIT WELCHER RECHTSGRUNDLAGE?

Vereinbaren Sie per E-Mail, Telefon oder Kontaktformular einen Behandlungstermin, speichern wir die hierfür erforderlichen Daten, um Ihnen einen Termin zuweisen zu können (Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO).

Für die Behandlung und Abrechnung verarbeiten wir Ihre persönlichen Daten und Gesundheitsdaten zur Erfüllung des Behandlungsvertrags (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO), zur Wahrnehmung gesetzlicher Dokumentationspflichten (Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO) und im Rahmen der Forderungsdurchsetzung (Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO). Wir speichern diese Daten gemäß den gesetzlichen Vorgaben aus Patientenrechtegesetz, Berufsordnung und Abgabenordnung für mindestens 10 Jahre; im Einzelfall kann sich aufgrund zivilrechtlicher Verjährungsfristen (bis zu 30 Jahre) eine längere Aufbewahrung ergeben.

Die Anfertigung von Vorher-/Nachher-Fotografien im Rahmen ästhetischer Behandlungen sowie die Kontaktaufnahme im Rahmen unseres Recall-Service erfolgen ausschließlich auf Grundlage Ihrer gesonderten Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO), die Sie auf den vorstehenden Seiten dieses Bogens erteilen können und die jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar ist, ohne dass dies die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt.

5. WELCHE RECHTE HABEN SIE IM ZUSAMMENHANG MIT DEM DATENSCHUTZ?

Sie haben uns gegenüber folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten:

- Recht auf Auskunft,
- Recht auf Berichtigung oder Löschung,
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung,
- Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung,
- Recht auf Datenübertragbarkeit,
- Recht auf Widerruf einer erteilten Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft (z. B. Fotodokumentation, Recall-Kontakt).

6. WIE KÖNNEN SIE SICH GGF. BESCHWEREN?

Sie haben die Möglichkeit, sich über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns zu beschweren:

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit

Postfach 3163, 65021 Wiesbaden

Telefon: +49 611 1408-0

*Diese Datenschutzerklärung wurde am 23.07.2026 inhaltlich überarbeitet und aktualisiert; sie ersetzt vorherige Fassungen.
Freigabe durch den Praxisinhaber vor Verwendung erforderlich.*

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Bitte mit Finger oder Apple Pencil unterschreiben