

# Anamnesebogen



Zahnärztin Dilek Sentürk  
Weichselstr. 55, 12045 Berlin  
Telefon 030 6238287  
[info@zahnarztpraxis-sentuerk.de](mailto:info@zahnarztpraxis-sentuerk.de)  
[www.zahnarztpraxis-sentuerk.de](http://www.zahnarztpraxis-sentuerk.de)

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

## Zu Ihrer Person:

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

---

Adresse

Telefon

---

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber

---

## Ihre Termine bei uns

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit für Sie reserviert. **Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.** Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patienten oder Patientinnen anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden.

**Möchten Sie von uns per Post oder Doctolib an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden**

Ja

Nein

## MUNDGESUNDHEITSSITUATION

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

- Vorsorgeuntersuchung       Beratung       Schmerzbehandlung       Neuer Zahnersatz  
 zweite Meinung       Sonstiges: .....

- Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?       ja  nein  
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?       ja  nein  
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?       ja  nein  
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?       ja  nein  
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt?       ja  nein  
Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen? .....

## ALLGEMEINE GESUNDHEITSSITUATION

- Hoher Blutdruck       ja  nein / .....Medikament  
Niedriger Blutdruck       ja  nein / .....Medikament

- |                       |  |                           |   |
|-----------------------|--|---------------------------|---|
| Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein              | Schilddrüsenerkrankung    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Schlaganfall          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein              | Rheumatische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein              | Nierenerkrankungen        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Gelenkprothese        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein / ..... Jahr | - Dialyse                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Herzkrankungen:       |  |                           |   |
| - Herzklappenfehler   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein              | Atemwegserkrankungen      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| - Herzklappenersatz   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein              | Lebererkrankungen         | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| - Herzpaß             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein              |                           |   |

- Tumorerkrankungen /Krebs       ja  nein  
- nehmen Sie Bisphosphonate ein       ja  nein  
- oder haben Sie Bisphosphonate eingenommen       ja  nein  
wenn ja, wann zuletzt und wie oft:.....

- Osteoporose       ja  nein / .....Medikament  
Allergien       ja  nein / welche.....  
- Medikamentenallergie       ja  nein

## INFEKTIONSKRANKHEITEN

- HIV       ja  nein  
Hepatitis       ja  nein / welcher Typ.....  
Tuberkulose       ja  nein  
Sonstige       ja  nein / welche.....

## MEDIKAMENTE

- Nehmen Sie Medikamente       ja  nein / welche.....  
Herzmedikamente       ja  nein  
Kortison       ja  nein  
Schmerzmittel       ja  nein

Antidepressiva  ja  nein  
Blutverdünnende Medikamente  ja  nein  
Mittel zur Knochenstärkung  ja  nein/welche.....  
Sonstige: .....  
Ernährungsergänzungsmittel .....

**HINWEISE FÜR VERKEHRSTÜCHTIGKEIT NACH ZAHNÄRZTLICHEN BEHANDLUNGEN**

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeiten Ihrer Gesundheitsangaben und Kenntnisnahme der Hinweis für Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

---

Ort, Datum

Unterschrift

## **Einverständniserklärung zur Datenübernahme im Rahmen der Praxisübernahme**

Über den zum 01.04.2025 erfolgten Praxisübergang von Frau Dr. Daniela Ihm an Frau Dilek Sentürk wurde ich hiermit informiert.

Einer Einsichtnahme in meine bisher durch Fr. Dr. Ihm geführten Patientenunterlagen durch Fr. Sentürk und ihre Mitarbeiterinnen stimme ich hiermit zur Ermöglichung der weiteren Behandlung ausdrücklich zu.

Übernahme und Speicherung der Daten erfolgen gemäß den Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

---

Name (in Druckbuchstaben)

Unterschrift

## Datenschutzbestimmung:

Der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Aufgrund des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen dürfen wir Ihre Patientendaten u.a. zur Erfüllung des Behandlungsvertrages, zur Patientenverwaltung sowie zur Abrechnung und Kontaktaufnahme erheben und verarbeiten. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln (z.B. mittels Arztbrief) oder von weiteren Leistungserbringern einholen zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Behandlung und Information der Mitbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Mit Ihrer Unterschrift unter diesem Dokument willigen Sie ein, Ihre personenbezogenen Daten (z. B. Name, Krankenkasse, Anamnese, Diagnose) über die Behandlung in der Zahnarztpraxis Sentürk zum Zwecke der weiteren Behandlung, sonstigen ärztlichen Versorgung, lückenlosen Dokumentation in dem erforderlichen Umfang und bei Bedarf an weiterbehandelnde Ärzte, Dentallabore, Krankenkassen, Abrechnungsunternehmen, Unfallkassen weitergegeben werden dürfen bzw. von diesen über meine Behandlung dort im erforderlichen Umfang eingeholt werden dürfen. Gemäß der DSGVO haben Sie das Recht auf Berichtigung und auf Auskunft über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten, auf Löschung nicht mehr benötigter Daten, auf Einschränkung der Nutzung Ihrer Daten und auf Datenübertragbarkeit. Einwilligungen können Sie jederzeit widerrufen und ggf. Beschwerde bei der zuständigen Datenschutzbehörde einreichen. Eine ausführliche Fassung unserer Datenschutzbestimmung finden Sie online auf [www.zahnarztpraxis-sentuerk.de](http://www.zahnarztpraxis-sentuerk.de).

Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

---

Name (in Druckbuchstaben)

Unterschrift