

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Um Ihren Aufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PERSÖNLICHE DATEN

Name Vorname	Geburtsdatum Geburtsort
Straße Hausnummer	Postleitzahl Ort
Telefon (privat)	E-Mail
Telefon (mobil)	Telefon (geschäftlich)
Hausarzt (Name Ort)	

VERSICHERUNG

Krankenkasse _____

Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> freiwillig	<input type="checkbox"/> pflichtversichert
Privat versichert	<input type="checkbox"/> Basistarif	<input type="checkbox"/> Standardtarif
Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht ein Pflegegrad?	<input type="checkbox"/> ja Grad: _____	<input type="checkbox"/> nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist versichert?

Name Vorname	Geburtsdatum Geburtsort	
Straße Hausnummer	Postleitzahl Ort	
Telefon (privat)	Telefon (mobil)	E-Mail

ANAMNESE

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Zahngesundheit?

1 5 10

(1) Äußerst unzufrieden (10) Sehr zufrieden

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Zahnersatz? (falls vorhanden)

1 5 10

(1) Äußerst unzufrieden (10) Sehr zufrieden

Haben Sie Fragen oder ein besonderes Anliegen?

Angaben zu Ihrer Gesundheit

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an:

	Ja	Nein
Ich habe heute bereits ASS® oder Schmerzmittel genommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich rauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme blutverdünnende Medikamente ein (z.B. ASS®, Marcumar®, Xarelto®, Eliquis®, Paradox®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich nehme sonstige Medikamente ein:

Bitte wenden

Weitere Angaben zu Ihrer Gesundheit

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an:

Ich habe Allergien / Unverträglichkeiten z.B. gegen örtliche Betäubungen, Medikamente, etc.

 Ja Nein**Weitere Angaben zu Ihrer Gesundheit**

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an:

Lungenerkrankungen (Asthma/COPD) Ja NeinOsteoporose Ja NeinGrüner Star Ja NeinChemotherapie / Bestrahlung Ja NeinDiabetes Ja NeinLeber- / Nierenerkrankungen Ja NeinSchilddrüsenveränderungen Ja NeinOperation im Mund- Kiefer- Gesichtsbereich Ja NeinEpilepsie Ja NeinImmunsuppression Ja NeinHoher Blutdruck Ja NeinNiedriger Blutdruck Ja NeinVerlängerte Blutungszeit Ja NeinRheumatische Erkrankungen Ja NeinSchlaganfall Ja NeinHIV / AIDS Ja NeinHepatitis Ja NeinTuberkulose Ja NeinMRSA / ESBL (Krankenhauskeim) Ja NeinCreuzfeld-Jakob / Varianten CJK Ja NeinEndokarditisprophylaxe benötigt Ja NeinHerzoperation Ja NeinHerz- Kreislauferkrankungen Ja NeinSonstige Erkrankungen / Ja NeinInfektionserkrankungen Ja Nein

Wann war die letzte, zahnärztliche Röntgenuntersuchung?

Bei mir besteht eine Schwangerschaft Ja Nein**Unser Service für Sie****Kontaktaufnahme für anstehende Behandlungen:**

Terminerinnerung über halbjährliche Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen sowie Zahnreinigungen.

 Per E-Mail / Telefon / SMS**Datenschutzerklärung**

Einverständniserklärung zum Erfassen, Bearbeiten und Speichern von Patientendaten (gem. Art. 9 Abs. 2 DSGVO). Ich erkläre mich einverstanden, dass mein behandelnder Arzt innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befund zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann. Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen.

Eine Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten liegt im Wartezimmer zur Einsichtnahme aus. Sie bestätigen die Kenntnisnahme der Information durch Ihre Unterschrift.

Wir weisen darauf hin, dass eine Behandlung in unserer Praxis ohne vorherige Beantwortung der Gesundheitsfragen nicht möglich ist.

Hinweis zur Organisation

Um lange Wartezeiten zu vermeiden führen wir eine Bestellpraxis.

Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen.

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann.

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben.

Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Ort, Datum, Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!
Ihr ZAHNECK® - Team