

ANAMNESEBOGEN (1) PATIENTENDATEN



Unsere Mitarbeiterinnen helfen Ihnen gerne beim Ausfüllen. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns ggf. Änderungen mit!

Patient/in

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße		Hausnummer
Ort		PLZ
Telefon	Mobil*	E-Mail*
Arbeitgeber/Beruf		Telefon

Versicherte/r, Mitglied bzw. Erziehungsberechtigte/r

Name	Vorname	Geburtsdatum
ggf. abweichende Anschrift des/der Versicherten		

Versicherungsstatus

<input type="radio"/> gesetzlich versichert	Krankenkasse:	<input type="radio"/> mit Zusatzversicherung:
<input type="radio"/> privat versichert	Krankenkasse:	<input type="radio"/> Beihilfe:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?*

<input type="radio"/> Empfehlung von:	<input type="radio"/> Überweisung durch:
<input type="radio"/> Zeitung <input type="radio"/> Internet <input type="radio"/> Telefonbuch <input type="radio"/> Praxisschild <input type="radio"/> Sonstiges:	

Erste Fragen zu Ihrer Zahngesundheit

Wie putzen Sie Ihre Zähne? <input type="radio"/> elektrische Zahnbürste <input type="radio"/> Handzahnbürste	Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne rundum zufrieden? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Blutet das Zahnfleisch beim Zähneputzen? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> manchmal	Knirschen Sie nachts mit den Zähne? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> weiß ich nicht
Gehen Sie regelmäßig zur professionellen Zahnreinigung? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, und zwar _____ pro Jahr	

Weitere Hinweise zum Ablauf in unserer Praxis

Beträge z.B. für Mehrkostenfüllungen oder Prophylaxe sind in der Regel bar oder per EC-Karte zu entrichten.
Wir bieten Ihnen den Service einer Bestellpraxis. Das heißt für Sie: i. d. R. keine Wartezeit. Das heißt aber auch: an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Falls Sie Ihren Termin nicht einhalten können, informieren Sie uns bitte rechtzeitig (24 Stunden vorher) telefonisch unter 0461 62881 . Ausfallzeiten können nach §§ 611, 615 BGB in Rechnung gestellt werden. Wir behalten uns vor, von unserem Recht Gebrauch zu machen, nicht rechtzeitig abgesagte Termine zu berechnen.

Einwilligung zum Recall

Ich möchte an Ihrem Recall-Service teilnehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Die Zustimmung kann jederzeit, allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Bitte erinnern Sie mich an den nächsten Termin per SMS E-Mail

Datum	Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten <u>und</u> des Zahlungspflichtigen
-------	-------------------------------------------------------------------------------------------

Einwilligung in Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten

Alle Angaben wie auch die Gesundheitsfragen unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und den Regelungen zum Datenschutz. Eine Erklärung zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO halten wir für Sie zur Einsicht bereit. Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig und werden nur zur Kommunikation im Rahmen der Behandlung genutzt.

Datum	Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten
-------	--------------------------------------------------------

ANAMNESEBOGEN (2) GESUNDHEITSFRAGEN



Zur sicheren Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben zu Ihrer Gesundheit. Bitte lesen Sie alle Fragen aufmerksam und beantworten sie. Wenn Sie Fragen haben – wir helfen Ihnen gern.

Herz / Kreislauf **ja** **nein**

Herzinfarkt / Schlaganfall

hoher Blutdruck (Hypertonie)

niedriger Blutdruck (Hypotonie)

Rhythmusstörungen

Andere:

Lunge und Atemwege **ja** **nein**

Asthma

Schnarchen Sie?

Andere:

Leber **ja** **nein**

Hepatitis A B C

Andere:

Nieren **ja** **nein**

Dialysepflicht

Nierenentzündung

Stoffwechsel-/Zuckerkrankheit **ja** **nein**

Diabetes mellitus

Schilddrüsen**über**funktion

Schilddrüsen**unter**funktion

Darmerkrankungen **ja** **nein**

Morbus Crohn/Colitis ulcerosa

Andere:

Gehirn, Nerven und Gemüt **ja** **nein**

Krampfanfälle (Epilepsie)

Kopfschmerzen / Migräne

Depressionen

Demenz

Blut **ja** **nein**

Gerinnungsstörungen

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (z. B. Aspirin®, ASS®, Marcumar®, Xarelto®, Clopidogrel®)?

Knochen / Skelett **ja** **nein**

Bekommen Sie Medikamente zum Knochenaufbau (z.B. Bisphosphonate)?

In welchem Zeitraum?

Mit welchem Präparat?

Wegen welcher Erkrankung?

Immunschwäche **ja** **nein**

Organtransplantation

HIV/AIDS

Allergien/Unverträglichkeiten **ja** **nein**

Allergien

Wenn ja, welche?

Röntgen und CT **ja** **nein**

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?

Nikotin / Alkohol **ja** **nein**

Rauchen Sie?

Sind Sie Alkoholiker?

Sonstige Medikamente **ja** **nein**

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Wenn ja, welche?

Schwangerschaft **ja** **nein**

Sind Sie schwanger?

Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?

Mein Hausarzt

Praxis	Telefon
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb und bei wem?

Abschließende Erklärung

<input type="radio"/> „Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.“	
<input type="radio"/> „Ich versichere die Korrektheit der Angaben und verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.“	
Datum	Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten