



Anamnesebogen

Sehr geehrte(r) Herr/ Frau _____,

wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis besuchen und uns Ihre Mundgesundheit anvertrauen möchten. Viele Menschen haben gesundheitliche Probleme. Diese können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Ihre vollständige und sorgfältige Beantwortung der folgenden Punkte soll dazu beitragen, Ihren Gesundheitszustand gut beurteilen zu können und Ihre Behandlung optimal zu gestalten.

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden STRENG VERTRAULICH behandelt.

Patient/in Name Vorname Geburtsdatum/ Ort Beruf Arbeitgeber

Adresse: Straße PLZ ORT tel. privat tel. mobil

Versicherte/r, wenn vom Patienten abweichend

Name Vorname Geburtsdatum/ Ort Beruf Arbeitgeber

Adresse

Straße PLZ ORT tel. Privat tel. geschäftlich

Versicherung

Name Mitglied Familienmitglied Rentner/in freiwillig versichert beihilfeberechtigt

Hausarzt

Name Straße PLZ Ort Telefon

Als besonderen Service bieten wir Ihnen einen unverbindlichen Erinnerungsdienst für Ihre regelmäßigen Kontrolluntersuchungen an.

Um Ihnen unnötige Wartezeit zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Deshalb bitten wir Sie ihren Termin pünktlich einzuhalten und diesen bei Verhinderung mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Für den Fall, dass Sie vereinbarte Termine nicht rechtzeitig absagen, müssen wir Ihnen für den Ausfall entstandene Kosten in Rechnung stellen.

(Amtsgericht Fulda (Az.34 C 120/02/D), 16.05.2002)

Information zur Datennutzung

Sehr geehrte Patienten, Ihre Daten werden gemäß der DSGVO(Datenschutzgrundverordnung)

Art.6Abs.1lit.a erhoben. Hierbei handelt es sich z.B. um Name, Anschrift, Versichertennummer, die ärztliche

Dokumentation von Anamnese und Behandlung, Arztbriefe, Laborberichte u. ä. . Die Notwendigkeit der

Datenerhebung begründet sich auf §630 BGB(Behandlungsvertrag)und daraus folgenden Rechtsvorschriften.

Ihre Daten werden Aufgrund dieser Rechtsvorschriften 10 Jahre gespeichert. Sie haben das Recht auf Auskunft,

Widerspruch und Löschung gemäß DSGVO sofern keine anderen Rechtsvorschriften gelten.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung nach DSGVO:

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Verarbeitung, zur Behandlung und bzw. zur Abrechnung über die KVB bzw. PVS.

Hiermit bin ich darauf hingewiesen worden, das ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art.7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art.7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO)

Eichenzell, den _____

Unterschrift _____

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

JA

NEIN

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zustand nach Infarkt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Muskelentzündung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verengung der Herzkranzgefäße |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rhythmusstörungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bypassoperation |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzklappenersatz |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schrittmacher |

Kreislauf

JA

NEIN

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | niedriger Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angina pectoris |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Durchblutungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall |

Erkrankungen des blutbildenden Systems

JA

NEIN

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blutarmut |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluter |

Augen

JA

NEIN

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Grauer Star |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Grüner Star |

Atmungswege/Lunge

JA

NEIN

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asthma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bronchitis |

Magen-Darm-Trakt

JA

NEIN

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Magenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Darmerkrankung |

Blase-Nieren

JA

NEIN

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blasenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dialyse |

Leber

JA

NEIN

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gelbsucht |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis |

Bewegungsapparat

JA

NEIN

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rheuma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | rheumatoide Arthritis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gicht |

Zentrales Nervensystem

JA

NEIN

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | epileptische Anfälle |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|

Negatives Nervensystem

JA

NEIN

- Kopfschmerzen
- Migräne

Stoffwechsel

JA

NEIN

- Zuckerkrankheit (Diabetes –HbA1 –Wert) <7 %
- >7 % oder 7%
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

JA

NEIN

- Haut und/oder Geschlechtskrankheiten
- HIV bzw. AIDS , Tuberkulose
- Tumorerkrankungen : Bestrahlung
- Chemotherapie :
- Bisphophonate
 - Oral
 - i. V
- Antikörpertherapie (z.B. Denosunab oder Biologicals)
- Glykokortikoide (z.B. Kortison)

Sonstige medizinische wichtige Informationen

JA

NEIN

- Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?
- Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?
- Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert? Wenn ja, welche ?
-
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche ?
-
- Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich? Wenn ja, welche ?
-

Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?
Wenn ja, welche?

Besitzen Sie einen Allergiepass? Wenn ja, gegen welche Stoffe sind Sie allergisch?

Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? Wenn ja, welche

Sind Sie z.Zt. schwanger? Wenn Ja, in welchem Monat?

Weitere administrativ wichtige Informationen :

(ja) (nein) Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)

(ja) (nein) Möchten Sie von uns an ihre halb-jährlichen Kontrolltermine erinnert werden?

Ort, Datum

Unterschrift
