

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung darauf abstimmen zu können. Füllen Sie deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Beachten Sie bitte auch unsere Hinweise am Ende dieses Fragebogens. Sollten Sie Fragen haben, geben wir Ihnen gerne Auskunft.

Patient

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Telefonnummer
_____	_____	_____
Krankenkasse	E-Mail	Handy-Nummer

Pflegegrad: Nein Ja _____

Versicherter / Mitglied in der Krankenkasse

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Telefon-Nummer
_____	Privatversicherung: <input type="checkbox"/> Normaltarif <input type="checkbox"/> Basis-/Standardtarif	
Krankenkasse		

Hausarzt

_____	_____	_____
Name	Ort	Telefon

Röntgen

Sind Sie schon einmal im Kopf-/Kieferbereich geröntgt worden?

ja nein

Wenn ja, wann? _____

Für Patientinnen

Sind Sie schwanger?

(Monat _____)

ja nein

Wir bitten um Mitteilung, falls während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt.

Allgemeinmedizinische Auskünfte

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** (z.B. Bisphosphonate, Blutdruckmittel)?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Vertragen Sie bestimmte Medikamente **nicht**?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen sie **blutverdünnende** (gerinnungshemmende) Medikamente?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie **allergisch** gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe (z.B. Jod)?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass?

ja nein

Wenn ja, welche Stoffe sind dort genannt? _____

Leiden oder litten Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?

Herzerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschwäche, Endokarditis)

ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Haben Sie einen **Herzschrittmacher**?

ja nein

Haben Sie eine **künstliche Herzklappe**?

ja nein

Kreislaufkrankungen (z.B. hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall)

ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Stoffwechselstörungen (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen)

ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Allergien / Atemwegserkrankungen (z.B. Neurodermitis, Heuschnupfen, Asthma)

ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Gehirn- und Nervenerkrankungen (z.B. Anfallsleiden, Migräne, Depression)

ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Erkrankungen des Bewegungsapparates (z.B. Rheuma, Gicht, Osteoporose)

ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Nieren- / Blasen- / Leber- / Magen- / Darmerkrankung (z.B. Niereninsuffizienz, Gelbsucht)

ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Erkrankung des blutbildenden Systems (z.B. Blutarmut, Bluter)

ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Tumorerkrankungen/Bestrahlung/Chemotherapie

ja nein

Wenn ja, welche/wo? _____

Erkrankung der Augen (z.B. grauer Star, grüner Star) ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Haben Sie ein **Hörgerät implantiert**? ja nein

Leiden oder litten Sie an folgenden Infektionskrankheiten?

HIV (AIDS) ja nein

Hepatitis (B/C/D/E) ja nein

Tuberkulose (Tbc) ja nein

MRSA (Antibiotika-resistente Krankenhauskeime) ja nein

Sonstige Infektionskrankheiten _____

Sonstige Erkrankungen _____

Nehmen Sie regelmäßig **Alkohol / Drogen** zu sich? (welche _____) ja nein

Rauchen Sie regelmäßig? (wieviel _____) ja nein

Zahnmedizinische Auskünfte

Sind Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt worden? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Wurden Sie schon einmal im Kieferbereich operiert oder hatten Sie einen Unfall? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Traten bei Ihnen bei einer zahnärztlichen Behandlung Komplikationen auf? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie schon Zahnverlust durch Lockerung? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Treten bei Ihnen Schmerzen oder Knackgeräusche im Kiefergelenk auf? ja nein

Hinweis nach zahnärztlichen Behandlungen

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung bzw. nach einer Lokalanästhesie und/oder Medikamentengaben eingeschränkt sein kann.

Bitte teilen Sie uns **Änderungen Ihres Gesundheitszustandes** unaufgefordert mit.

Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift
gesetzlicher Vertreter

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Artikel 6, Absatz 1 Buchstabe a & Artikel 7, DSGVO

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)). Eine Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten liegt aus. Bitte bestätigen Sie uns den Erhalt der Information durch Ihre Unterschrift.

Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift
gesetzlicher Vertreter

Einwilligung zum Austausch von Patientendaten in Praxisgemeinschaften

Hiermit willige ich ein, dass meine behandelnde Zahnärztin/mein behandelnder Zahnarzt **Dr.med.dent. Margareta Feitl / ZA Cornelius Feitl** die erhobenen Patientendaten elektronisch verarbeiten darf und vertretungshalber mit der Kollegin/dem Kollegen aus der hiesigen Praxisgemeinschaft sämtliche erforderlichen medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten in Bezug auf meine Person austauschen darf, soweit dies für meine Behandlung notwendig ist. Diese Einwilligung umfasst auch die in der Praxisgemeinschaft tätigen Hilfspersonen (Zahnmedizinische Fachangestellte).

Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift
gesetzlicher Vertreter

Hinweise zu unserem Praxisablauf / weitere Vereinbarungen

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vor Terminbeginn, Ihre Verhinderung mitzuteilen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann. Wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihnen anderenfalls gegebenenfalls ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen können. Kostenhinweis: Wie allgemein üblich, berechnen wir Leistungen außerhalb der kassenzahnärztlichen Vertragsrichtlinien nach Aufwand und gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Erinnerungsservice / Recall

Um unseren Patienten regelmäßige Kontrolluntersuchungen zu erleichtern, bieten wir die Teilnahme an unserem sogenannten Recall-Service (Erinnerungsservice) an. Sie werden von uns regelmäßig angeschrieben, um Sie an die Vereinbarung eines Kontrolltermins zu erinnern.

Ich wünsche eine Teilnahme am Recall-Service: Ja Nein

Für: Vorsorge-/Kontrolluntersuchung (01)

Professionelle Zahnreinigung (PZR)

halbjährlich jährlich

Hiermit willige ich in die Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zur Teilnahme am Erinnerungsservice (Recall) für die vorgenannten Recall-Bereiche ein.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann. 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, DS-GVO).

Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift
gesetzlicher Vertreter