

ANAMNESE



Lieber Patient / liebe Patientin,

wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Wir bitten Sie, diesen Bogen vorab gewissenhaft auszufüllen, um uns besser auf Sie einstellen zu können und keine wichtigen Allgemeinerkrankungen zu übersehen.

Ihr Praxisteam

Persönliches

Patient

Herr/Frau _____
Name Vorname Geburtsdatum/-ort

Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Telefon Festnetz Telefon Mobil Telefon Arbeit

Email-Adresse Beruf, Arbeitgeber

Versicherung

Krankenkasse

- Gesetzlich versichert Zusatzversicherung
 Privat versichert Basistarif Beihilfeberechtigt

Versicherter (wenn nicht identisch mit Patient)

Herr/Frau _____
Name Vorname Geburtsdatum/-ort

Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Einwilligung zur Erinnerung zu Vorsorgeuntersuchungen

(Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten nach Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO)

- per Post telefonisch Ich wünsche keine Erinnerung.

Einwilligung zur Erinnerung bereits vergebener Termine

Verpassen Sie keinen Termin mehr und lassen Sie sich kurz vor Ihrem Termin erinnern.

- Ja, per Email (Email-Adresse bitte oben eintragen) Ich wünsche keine Erinnerung.

Ich stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten durch die Praxis für die Teilnahme am Erinnerungsservice zu. Diese Zustimmung kann ich jederzeit schriftlich oder durch Email an die Praxis widerrufen (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)

Ort, Datum Unterschrift

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung (durch: _____) Im Vorbeigehen Anzeige
 Internet Sonstiges _____

Welches Anliegen führt Sie zu uns?

- Vorsorgeuntersuchung Schmerzbehandlung Neuer Zahnersatz
 Beratung (zu _____) Sonstiges _____

Allgemeiner Gesundheitszustand

- Bluthochdruck Niedriger Blutdruck
 Blutgerinnungsstörung Schlaganfall
 Diabetes Herzerkrankung
 Schilddrüsenerkrankung wenn ja, welche? _____
 Rheumatische Erkrankung
 Allergien wenn ja, welche? _____
 Hepatitis (Typ A Typ B Typ C)
 HIV / Aids _____
 Raucher (wieviel/Tag? _____)

Sind Sie schwanger? Nein Ja (_____ Woche) Ungewiss

Wir bitten Sie um sofortige Mitteilung, falls während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt.

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Nehmen Sie Blutverdünner (Marcumar, ASS) ein? Ja Nein

Mundgesundheitsituation

- Zahnfleischbluten Mundgeruch Knirschen / Pressen
 Zahnfleischrückgang Kopf-/Nackenschmerzen

Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt? _____

Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?

An Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, mindestens jedoch 24 Stunden vorher abzusagen! Damit geben Sie anderen Patientinnen und Patienten die Chance, einen Termin von uns bekommen zu können und lange Wartezeiten vermeiden zu können.

Wir bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes mitzuteilen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Ort, Datum

Unterschrift