



ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

willkommen in unserer Praxis! Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei benötigen wir von Ihnen einige persönliche Angaben sowie Auskünfte zu Ihrem Gesundheitszustand. Diese Angaben dienen einer komplikationslosen Behandlung, sodass wir um vollständige und richtige Beantwortung bitten. Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHE DATEN

Patient/-in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnr.

Geburtsort

Postleitzahl, Ort

E-Mail

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

Mitglied/Zahlungspflichtige/-r

wie Patient/-in

andere/r:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnr.

Geburtsort

Postleitzahl, Ort

E-Mail

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

Name des Kostenträgers (Krankenkasse/Versicherung):

Ich bin gesetzlich pflichtversichert

Ich bin freiwillig versichert

Ich bin beihilfeberechtigt

Ich bin privat zusatzversichert

Ich bin privat versichert

Ich habe die Kostenerstattung nach §13 SGB V gewählt

Ich bin nicht versichert

Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt)

Beruf des Patienten

Arbeitgeber/Anschrift

Überweisender Arzt:

Hausarzt:

Name

Name

Anschrift

Anschrift

Telefon

Telefon

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

1. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Asthma/schwere Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bluterkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leberkrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ist ein Herzschrittmacher vorhanden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Krankenhauskeim MRSA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis A/B/C/Gelbsucht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV/AIDS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anfallsleiden/Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Krebs/bösartige Neubildung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suchtkrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Immunsuppression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einnahme von Bisphosphonaten wegen eines Tumorleidens oder Osteoporose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Creutzfeldt-Jakob/Varianten CJK	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sonstige Angaben/Krankheiten _____

- | | Ja | Nein | |
|--|-----------------------|-----------------------|--|
| 2. Bestehen Allergien?
Haben Sie einen Allergie-Pass? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Wenn ja, welche? _____ |
| 3. Nehmen Sie Medikamente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Wenn ja, welche? _____ |
| 4. Rauchen Sie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____ |
| 5. Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Wenn ja, in welcher Woche? _____ |
| 6. Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich vor? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Wenn ja, welche? _____
Unfalldatum: _____ |
| 7. Haben Sie einen Röntgenpass? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Datum der letzten Röntgenuntersuchung: _____ |

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

UNSER SERVICE FÜR SIE

Dürfen wir Ihnen Informationen zu unserer Praxis und Aktionen übersenden? Wenn ja, auf welchem Wege?

- per Post per E-Mail Nein

Wir möchten, dass Sie sich bei uns wohlfühlen und Ihnen deshalb abschließend noch einige organisatorische Hinweise an die Hand geben:

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel geringe Wartezeiten. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualität Zahnmedizin benötigt Zeit. Falls Sie den vereinbarten Termin bei uns nicht wahrnehmen können, sagen Sie uns bitte 24 Stunden vor diesem Bescheid. Anderenfalls behalten wir uns vor, Ihnen den nicht wahrgenommenen Termin privat in Rechnung zu stellen.

Als gesetzlich krankenversicherter Patient benötigen wir Ihre Krankenversichertenkarte bis spätestens 10 Tage nach dem Behandlungsbeginn, anderenfalls müssen die Kosten für die Behandlung privat berechnet werden. Unsere gesetzlich versicherten Patienten haben zudem die Wahlmöglichkeit, Behandlungen auch auf Privatrechnung gemäß §13 SGB V (Kostenerstattung) durchführen zu lassen.

Datum _____ Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen und medizinischen Daten ausdrücklich zu. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit. Vielen Dank!

Informationen zum Datenschutz (DSGVO): Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datengesetze, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Patienteninformation zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) habe ich zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin / dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig. Diese Einwilligungen sind freiwillig. Das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.