

Anamneseformular

Patientenname: _____

Straße: _____

Ort: _____

Datum: _____

Telefon Privat: _____ Dienst: _____ Handy: _____

E-mail: _____ Geb. Datum: _____

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personengebundenen Daten für den Zweck der zahnmed. Ja Nein
Behandlung zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass 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).

berufliche Tätigkeit?

Allgemeine Angaben zum Versicherungsstatus

private Krankenversicherung/ Beihilfe /Basistarif Ja Nein

Wie beurteilen Sie Ihre Angst vor dem Zahnarztbesuch auf einer Scala von 1 < 10 ?

Allgemeine Anamnese

Sind Sie zur Zeit in regelmäßiger ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Anschrift Ihres Hausarztes:

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Wenn ja, welche? Ja Nein

Haben Sie Allergien bzw. allergische Reaktionen auf Medikamente, Materialien ? Wenn ja, welche? Ja Nein

Leiden Sie unter Herzbeschwerden (Herzinfarkt, Angina pectoris etc.) oder tragen Sie einen
Herzschrittmacher/Herzklappenersatz? Ja Nein

Leiden Sie unter einer Erkrankung des Blutbildungssystems? Welcher? Ja Nein

Leiden Sie unter Bluthochdruck? Ja Nein

Wurde bei Ihnen AIDS diagnostiziert? Ja Nein

Leiden Sie unter einer Atemwegserkrankung (Asthma, Tuberkulose, o. ä.)? Ja Nein

Wurde bei Ihnen eine Osteoporose diagnostiziert? Ja Nein

Leiden Sie unter einer Rheumaerkrankung? Ja Nein

Leiden Sie unter einer Schilddrüsenerkrankung? Ja Nein

Patientenname: _____

- Leiden Sie an Hepatitis oder einer anderen Lebererkrankung? Ja Nein
- Leiden Sie an einer Form von Diabetes (Zuckerkrankheit)? Ja Nein
- Leiden Sie unter einer Nierenerkrankung? Ja Nein
- Leiden Sie unter einer psychiatrischen Erkrankung? Ja Nein
- Leiden Sie an Epilepsie? Ja Nein
- Andere Erkrankungen, die hier nicht aufgeführt worden sind.
-

Weitere Angaben

- Hatten oder haben Sie schon einmal eine Tumorerkrankung? Ja Nein
- Haben Sie in den letzten 5 Jahren eine Strahlentherapie erhalten?
Nehme Sie Bisphosphonate ein? Ja Nein
- Erhalten Sie derzeit eine Chemotherapie? Ja Nein
- Wurde Ihnen ein Organ transplantiert? Ja Nein
- (Nur Patientinnen) Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
- Rauchen Sie? Wenn ja, was (Zigaretten, Zigarre, Pfeife) und wieviel? Ja Nein
-

- Trinken Sie täglich Alkohol? Ja Nein
- Nehmen Sie Drogen oder Rauschmittel ein? Ja Nein

Ich gestatte meinen behandelnden Zahnarzt/ärztin Dipl. Stomat. Papczyk wichtige med. Informationen, die in Zusammenhang mit meiner Behandlung stehen, sowie Röntgenbilder, einzuholen sowie an entsprechende mitbehandelnde Ärzte weiterzugeben. Ja Nein

„Sie kommen zur Behandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel die andernorts vielfach üblichen Wartezeiten erspart bleiben. Die bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, diese spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Diese Vereinbarung begründet zugleich beiderseitig vertragliche Pflichten. So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden.“

17.04.20

Unterschrift