

Anamneseformular

Patientenname

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon privat:

dienstl.:

Handy:

Email:

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personengebundenen Daten für den Zweck der zahnmed. Behandlung zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen werden kann. (Art. 7 Abs.3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.(Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DGSVO)

Unterschrift:

Ich gestatte meinen behandelnden Zahnarzt/Zahnärztin wichtige medizinische Informationen, die im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehen, sowie Röntgenbilder, einzuholen sowie an entsprechende mitbehandelnde Ärzte weiterzugeben.

Allgemeine Angaben zum Versicherungsstatus

Gesetzliche Versicherung

private Zusatzversicherung

Private Versicherung

Beihilfe

Basistarif

Pflegegrad nach § 15 SGB XI

1

2

3

4

5

Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII

Haben Sie einen Implantatpass ?

Haben Sie ein Bonusheft?

Wie beurteilen Sie Ihre Angst vor dem Zahnarztbesuch? (1 wenig, 10 viel)

Sind Ihre Zähne im letzten halben Jahr geröntgt worden?

ärztliche Anamnese

Haben Sie einen Hausarzt?

Anschrift Ihres Hausarztes:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Medikamentenliste bitte vorlegen)

Medikamente:

Blutverdünner (ASS, Clopidogrel, Eliquis,Pradaxa, Xarelto u. a.)

Bisphosphonate (Fosamax, Actomel, Bonviva, Zometa usw.)

Haben Sie Allergien gegen Medikamente/ Materialien?

Welche? _____

Allergiepass

Trifft folgendes zu ?

Herzrhythmusstörungen

Angina Pectoris

künstliche Herzklappe

Herzinfarkt Wann? _____

Herzschriltmacher

Erkrankung des Blutbildungssystems Welche? _____

Bluthochdruck

AIDS

Asthma

Tuberkulose

Osteoporose

Rheuma

Schilddrüsenerkrankung

Hepatitis

Diabetes

Nierenerkrankung

nur eine Niere vorhanden/ Dialyse

psychiatrische Erkrankung

Epilepsie

überstandene Covid 19 Erkrankung

Endoprothesen (künstl. Hüfte, Knie usw.)

Andere, nicht aufgeführte, Erkrankungen _____

Weitere Angaben

Hatten oder haben Sie eine Tumorerkrankung?

Haben Sie in den letzten 5 Jahren eine Strahlentherapie erhalten?

Erhalten Sie derzeit eine Chemotherapie?

Wurde Ihnen ein Organ transplantiert?

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Nehmen Sie Drogen/ Rauschmittel ein?

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. Das bedeutet jedoch auch, 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.

Gera, den _____

Unterschrift: _____