

Anamnesebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, damit Ihre Behandlung an Ihre Bedürfnisse und an Ihren Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann. Selbstverständlich unterliegen sämtliche Informationen, die Sie uns geben, der ärztlichen Schweigepflicht.

Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Persönliches

Name: Vorname:

Anschrift:

PLZ / Ort:

Geburtstag: Geburtsort:

Telefon: Mobil:

E-Mail:

Krankenkasse/private Krankenversicherung:

Zusatzversicherung vorhanden? ja nein

Wenn Sie nicht selbst versichert sind, wer ist der/die Versicherte (Familierversicherung)?

Name: Vorname:

Anschrift:

PLZ / Ort:

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

für die Verarbeitung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 DSGVO vom 25.05.2018.

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die Verarbeitung im Behandlungsverlauf durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per 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).

Mir wurde die praxisindividuelle Datenschutzerklärung vorgelegt (Aushang im Wartezimmer), bzw. auf Wunsch in Kopie ausgehändigt.

Wiesenbach, den Unterschrift:

Recall

Wir bieten unseren Patienten einen kostenlosen Erinnerungsservice (Recall) für zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen an. Dies ist u.a. hilfreich, um Ihren Bonus bei der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu verlieren. Möchten Sie an unserem Recall teilnehmen? ja nein

Wenn ja, per: Telefon E-Mail

Wiesenbach, den Unterschrift:



Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand:

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- Hoher Blutdruck ja nein
 Niedriger Blutdruck ja nein
- Herzklappenfehler/-entzündung ja nein
 Herzschrittmacher ja nein
 Hatten Sie einen Herzinfarkt? ja nein
 Herzoperation ja nein
 Grüner Star ja nein
 Schilddrüsenerkrankung ja nein
 Mukoviszidose-Erkrankung ja nein

- Asthma/Lungenerkrankungen ja nein
 Blutgerinnungsstörung / erhöhte Blutungsneigung ja nein
 Diabetes/Zuckerkrankheit ja nein
 Epilepsie ja nein
 Hatten Sie einen Schlaganfall? ja nein
 Ohnmachtsanfälle ja nein
 Osteoporose - Erkrankung ja nein
 Rheuma/Arthritis ja nein
 Nierenerkrankungen ja nein

Sonstige Erkrankungen:

Sind Sie...

- Raucher? ja nein
 Alkohol- oder Drogenabhängig? ja nein

- Schwanger? ja nein
 Wenn ja, welche Woche?

Infektiöse Erkrankungen:

- HIV-Infektion ja nein
 Hepatitis ja nein
 Typ A, B, C:
- Tuberkulose ja nein
 MRSA/VRSA ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
 Antibiotika ja nein
 Schmerzmittel ja nein
 Metalle ja nein
 sonstiges:

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? ja nein Wenn ja, wann?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig:

- Existiert ein Medikationsplan? ja nein
 Blutverdünnende Medikamente (z.B.: ASS, Marcumar?) ja nein
 Schmerzmittel ja nein
 Antidepressiva ja nein
 Ist eine Endokarditisprohylaxe notwendig? ja nein
 Wenn ja, welche?

- Herzmedikamente ja nein
 Cortison ja nein
 Nehmen Sie Bisphosphonate? ja nein

.....

- Sind Sie zufrieden mit dem Aussehen Ihrer Zähne? (Farbe, Form, Stellung) ja nein
 Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein
 Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück, bzw. leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ja nein
 Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen und anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Wiesenbach, den Unterschrift:

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der von Ihnen gemachten Angaben.

Wiesenbach, den Unterschrift: