

Anamnesebogen

Patient

Name, Vorname

Geburtsdatum/-ort

Straße

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter (nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben)

Name, Vorname

Geburtsdatum/-ort

Versicherung

gesetzlich

Privat

Zusatzversicherung

beihilfeberechtigt

Hausarzt

Name, Vorname

Telefon

Bitte beantworten Sie die Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Herz-/Kreislaufkrankungen

- ja nein Hoher Blutdruck
- ja nein Niedriger Blutdruck
- ja nein Herzklappenfehler
- ja nein Herzklappenersatz
- ja nein Herzschrittmacher
- ja nein Endokarditis
- ja nein Herzoperation

Immunsupprimierte Patienten

- ja nein Hochgradige Neutropenie
- ja nein Mukoviszidose-Erkrankung
- ja nein Organtransplantiert
- ja nein Stammzellentransplantiert
- ja nein Hochgradige Neutropenie

Infektiöse Erkrankungen

- ja nein HIV-Infektion/Stadium AIDS
- ja nein Lebererkrankung/Hepatitis
- ja nein Tuberkulose
- ja nein MRSA
- ja nein Creutzfeld-Jakob-Krankheit

Sonstige Krankheitsbilder

- ja nein Anfallsleiden (Epilepsie)
- ja nein Asthma/Lungenerkrankung
- ja nein Blutgerinnungsstörungen
- ja nein Diabetes/Zuckerkrankheit
- ja nein Drogenabhängigkeit
- ja nein Nervenerkrankung
- ja nein Ohnmachtsanfälle
- ja nein Osteoporose Erkrankung
- ja nein Raucher
- ja nein Rheuma/Arthritis
- ja nein Schilddrüsenerkrankung
- ja nein Sonstige Erkrankungen

Allergien bzw. Unverträglichkeiten

- ja nein Hochgradige Neutropenie
- ja nein Mukoviszidose-Erkrankung
- ja nein Organtransplantiert
- ja nein Stammzellentransplantiert

Schwangerschaft

- ja nein Besteht eine Schwangerschaft?
- Wenn ja, welcher Monat?

Röntgen

- ja nein Röntgenaufnahmen vorhanden?
- Wenn ja, wann?

Einnahme von Medikamenten

Welche Medikamente?

Seit	Name
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nehmen Sie Bisphosphonate?

Seit ja nein

Stehen Sie in Chemotherapie?

Seit ja nein

Stehen Sie in Strahlentherapie?

Seit ja nein

Nehmen Sie Immunsuppressiva?

Seit ja nein

Wurden Sie in den letzten 5 Jahren operiert?

Seit ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahnärztin/Zahnarzt gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

ja nein

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

ja nein

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

..... , den Unterschrift:
(Ort/Datum)

Patienteneinwilligung zum Datenschutz

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte und ZahnArzte, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. Arztbriefe und Röntgenbilder).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere ZahnArzte, Ärzte, KassenzahnArztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Zahntechniker, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatArztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die oben genannten Dritten ein.

..... , den Unterschrift:
(Ort/Datum)