

ANAMNESEBOGEN



Zahnärztliche Chirurgie & Implantologie · Plastische Operationen
DR. MÜLLER-DÜRWARD & KOLLEGEN

Sehr geehrte:r Patient:in,

herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Vor Ihrer Behandlung benötigen wir neben Ihren Personalien auch aktuelle Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen sorgfältig und gewissenhaft auszufüllen.

Sie können sich sicher sein – alle Ihre Informationen unterliegen nach § 203 StGB der zahnärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Zusätzlich nehmen wir die Bestimmungen der Europäischen Datenschutzverordnung (EU DS-GVO) sehr ernst. Unsere detaillierte Datenschutzinformation liegt in unserer Praxis aus.

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel.-Nr. _____ E-Mail _____

Beruf _____

Bei welcher Krankenkasse (gesetzlich/privat) sind Sie versichert? _____

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt | <input type="checkbox"/> privat versichert |
| <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung | | <input type="checkbox"/> Basistarif |

Für Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung und für Privatpatienten:

Die für Sie erbrachten Leistungen werden entsprechend der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Dabei entscheidet der behandelnde Arzt / Zahnarzt anhand des Umfangs und der Schwierigkeit der Behandlung, in welcher Höhe zwischen dem einfachen bis dreieinhalb-fachen des Gebührensatzes abgerechnet wird. Abweichungen hiervon bedürfen natürlich der vorherigen schriftlichen Vereinbarung mit Ihnen.

Wichtige Informationen

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert. Sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)). Ich willige der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten ein. Mit den Datenschutzbestimmungen (Stand: 05/2018) bin ich einverstanden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann, sofern kein höheres Recht dagegen spricht (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die abgedruckten Informationen von mir gelesen und verstanden wurden.

Terminerinnerung

- Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mich per eMail an meine Termine erinnert.

Ort / Datum _____

Unterschrift Patient:in / Zahlungspflichtige:r / gesetzliche:r Vertreter:in _____

...Bitte wenden...

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

- Hoher Blutdruck (Hypertonie) ja nein
Niedriger Blutdruck (Hypotonie) ja nein
Herzklappenerkrankung / -defekt ja nein
Herzrhythmusstörung ja nein
Herzschrötmacher ja nein
Herzoperation ja nein
Nehmen sie blutverdünnende
(gerinnungshemmende) Medikamente?
(z.B.: ASS, Falithrom, Marcumar, ...) ja nein Wenn ja, welche? _____

weitere Erkrankungen:

- Glaukom (erhöhter Augendruck) ja nein
Blutgerinnungsstörung / Bluterkrankung ja nein
Asthma ja nein
Lungenerkrankung ja nein
Schilddrüsenerkrankung ja nein
Rheuma ja nein
Epilepsie ja nein
Ohnmachtsneigung ja nein
Magen-Darm-Erkrankung ja nein
Diabetes (Typ I / Typ II) ja nein
Insulin-Pflichtig ja nein
Nierenfunktionsstörung ja nein
Tumorerkrankung ja nein
Nehmen/nahmen Sie in diesem
Zusammenhang Bisphosphonate ja nein
Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie ja nein
psychische Erkrankungen ja nein
wenn ja, welche? _____
- sonstige Erkrankungen ja nein
- regelmäßige Medikamente ja nein
Wenn ja, welche? _____

Allgemeine Angaben

Wer ist Ihr Hausarzt / Allgemeinarzt?

Welche Operationen wurden bereits bei Ihnen durchgeführt?

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich? nein ja; welche? _____

Rauchen Sie? nein ja; wieviel? 0-10 über 10 Zig./Tag

Für Patientinnen:

Sind Sie schwanger? nein ja; Monat? _____

Stillen Sie? nein ja

Wir bitten um Mitteilung, falls während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt.

Hinweise zur Organisation

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Bestellpraxis zu gewährleisten. Das heißt, der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie persönlich reserviert.

Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie, uns spätestens 24 Stunden vor Terminbeginn zu informieren. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass alle in diesem Anamnesebogen gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Ort / Datum _____

Unterschrift Patient:in / Zahlungspflichtige:r / gesetzliche:r Vertreter:in _____

Infektionserkrankung:

- HIV / AIDS ja nein
Hepatitis (A / B / C) ja nein
Tuberkulose ja nein
Krankenhauskeime
(MRSA o.ä.) ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika (Spritzen) ja nein
wenn ja, welche / Name _____

Schmerzmittel ja nein
wenn ja, welche / Name _____

Antibiotika ja nein
wenn ja, welche / Name _____

Latexallergie ja nein

Bestehen andere Allergien? ja nein
wenn ja, welche _____

Besitzen Sie einen Allergieausweis _____

wenn ja, welche? _____

