

Anamnesebogen

Liebe Patientin, Lieber Patient,

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person (auf dieser Seite 1) auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand (im Innenteil, ab Seite 2). Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen sorgfältig auszufüllen.

Patient Herr / Frau

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Mitglied/Versicherter

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Anschrift

Postleitzahl _____ Ort _____ Straße _____

Telefon (Festnetz) _____ Mobil _____ E-Mail Adresse _____

Telefon (geschäftlich) _____ Arbeitgeber _____ Beruf _____

Überweisender
Arzt/Zahnarzt

Name _____ Adresse _____ Telefon _____

Hausarzt

Name _____ Adresse _____ Telefon _____

Alkoholgenuss NEIN JA selten oft regelmäßig

Raucher NEIN JA _____ Zigaretten pro Tag

Regelmäßige
Medikamente

Name des Medikamentes _____ Einnahme seit _____

Name des Medikamentes _____ Einnahme seit _____

Name des Medikamentes _____ Einnahme seit _____

Sonstige Hinweise



Gesundheitsfragen

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie, diesen Anamnesebogen / Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Die Angaben dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Herzerkrankungen	JA	NEIN
Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzasthma, Angina Pectoris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kreislaufferkrankungen	JA	NEIN
Zu hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zu niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt Falls JA, wann:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einnahme gerinnungshemmender Medikamente z. B. Marcumar, Plavix	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ohnmachtsanfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Stoffwechselerkrankungen	JA	NEIN
Zuckerkrankheit (Diabetes Mellitus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden Sie mit Bisphosphonaten (Medikament bei Osteoporose) behandelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bluterkrankungen	JA	NEIN
Blutungsneigungen (Hämophilie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutarmut (Anämie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Allergien	JA	NEIN
Penicillin-Überempfindlichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Überempfindlichkeit <i>Gegen:</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Infektionskrankheiten	JA	NEIN
Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A oder B)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aids, HIV-positiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronische Erkrankungen der Atemwege <i>Diese:</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Immunsystem	JA	NEIN
Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? <i>Diese:</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zahnerkrankungen	JA	NEIN
Geräusche im Kiefergelenk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Falls JA, seit wann (Jahre):</i>		

Weitere Angaben	UNGEWISS	JA	NEIN
Sind Sie schwanger? <i>Falls JA, welche Woche?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wegen des Mutterschutzes bitten wir um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt!

Sonstige Erkrankungen	JA	NEIN
<i>Diese:</i>		
Pflegegrad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eingliederungshilfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

- Vorsorgeuntersuchung / jährliche Kontrolle
- Beratung
- Schmerzbehandlung
- Neuer Zahnersatz
- Überweisung Arzt
- Zweite Meinung
- Sonstiges:

	weniger wichtig			sehr wichtig	
	1	2	3	4	5
Wie wichtig sind Ihnen gesunde Zähne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie wichtig sind Ihnen schöne Zähne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie wichtig ist Ihnen ein guter Biss?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie wichtig ist Ihnen ein frischer Atem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie wichtig ist Ihnen Zahnerhalt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wann wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich geröntgt?

Vor wie vielen Monaten?

Zahnarzt

Straße / Nr.

PLZ Ort

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Ihre Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist, und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands unverzüglich mitzuteilen.

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch verarbeitet und gespeichert. Sie unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich Kenntnisnahme der Hinweise und die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)



Bitte beachten Sie auch die Datenschutzrichtlinien auf der Rückseite und füllen Sie diese aus!

Bitte umblättern!



Datenschutz

An unserer Rezeption erhalten Sie unser Datenschutzmerkblatt, das auch im Wartezimmer ausliegt. Wir bitten Sie uns zu bestätigen, dass Sie diese Information erhalten haben.

Ich habe das Datenschutzmerkblatt zur Kenntnisnahme erhalten.

Datum _____ Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter) _____



Recall-System

(Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung gemäß Artt. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO).

Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie halbjährlich/jährlich per Brief an Ihre Vorsorge zu erinnern?

Dieser Service ist freiwillig und wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung. Mit der Unterschrift stimmen Sie der Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Sie können diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mit dem jederzeitigen möglichen Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ich möchte an dem schriftlichen Recall-Service teilnehmen.

Datum _____ Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter) _____



Erklärungen zur Entbindung von der Schweigepflicht

Es kann in Einzelfällen notwendig sein, dass Kliniken, Konsilärzte oder Physiotherapeuten mit in die Behandlung einbezogen werden. In diesen Fällen ist es sinnvoll, dass wir Röntgenbilder und Informationen zur Behandlung an diese Ärzte übermitteln. Im Rahmen der Behandlung werden Sie zuvor über die Mitbehandlung informiert.

Ich willige ein, dass Röntgenbilder und Informationen zum Zwecke der Mitbehandlung an oben bezeichnete Personengruppen übermittelt werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung in die Zukunft widerrufen kann.

Datum _____ Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter) _____



Die FachZahnarztPraxis
für Zahngesundheit

Dominik Niehues M.Sc.
Ernst-von-Bayern-Str. 1
59590 Geseke

Telefon 02942 / 1077

E-Mail info@DieFachZahnarztPraxis.de

Web www.DieFachZahnarztPraxis.de