

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"/>

Diese:

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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gegen:

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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Diese:

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

Diese:

Zahnerkrankungen	JA	NEIN
Geräusche im Kiefergelenk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Falls JA, seit wann (Jahre):

Weitere Angaben	UNGEWISS	JA	NEIN
Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Falls JA, welche Woche?

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

Sonstige Erkrankungen	JA	NEIN
-----------------------	----	------

Diese:

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?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Vorsorgeuntersuchung / jährliche Kontrolle | <input type="radio"/> Beratung | <input type="radio"/> Schmerzbehandlung |
| <input type="radio"/> Neuer Zahnersatz | <input type="radio"/> Überweisung Arzt | <input type="radio"/> Zweite Meinung |
| <input type="radio"/> 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, dass 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).

JA – erinnern Sie mich halbjährlich/jährlich per E-Mail an meine Vorsorge.

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)



Vergütungsvereinbarung bei Terminversäumnis (Ausfallhonorar)

Frau / Herr _____ (Adresse)

geb. am _____ in _____

- nachfolgend: Patient -

und

Herr Dominik Niehues M.Sc.

- nachfolgend: Behandler -

treffen folgende Vereinbarung:

Der Behandler betreibt eine Bestellpraxis und arbeitet ausschließlich mit festen Terminen. Die vereinbarte Zeit wird exklusiv für Patienten reserviert. Das bedeutet, dass ein vereinbarter Termin grundsätzlich nicht neu vergeben werden kann.

Der Behandler verpflichtet sich, den Termin für den Patienten freizuhalten. Im Gegenzug verpflichtet sich der Patient den Termin pünktlich wahrzunehmen. Sollte der Patient dieser Verpflichtung nicht nachkommen, verpflichtet er sich gegenüber der Praxis eine Vergütung in Höhe von 25,- € je angefangene 1/4 Stunde bemessen an dem tatsächlichen wirtschaftlichen Schaden der Praxis zu zahlen.

Der Patient wird von seiner Verpflichtung frei, wenn er den Termin mindestens 24 Stunden vorher über die üblichen Kommunikationswege gegenüber dem Behandler absagt oder wenn er an der Wahrnehmung des Termins ohne eigenes Verschulden gehindert war. Dem Patienten wird ausdrücklich der Nachweis gestattet, ein Schaden, eine Wertminderung oder ein Verdienstausschlag überhaupt nicht entstanden ist oder wesentlich niedriger ist als die Pauschale.

Datum, Ort

Unterschrift Patient bzw. gesetzl. Vertreter

Unterschrift Behandler

