

Liebe Patientin, lieber Patient,

für eine risikofreie Behandlung ist die sorgfältige Beantwortung des Anamnesebogens mit Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand für uns von großer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz, was von uns streng vertraulich behandelt wird. Bitte teilen Sie uns auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Patient Name / Vorname (Patient)

Straße / Nr. PLZ / Ort

Geburtsdatum E-Mail

Tel. Festnetz Tel. mobil

Krankenkasse / private Krankenversicherung

Zusatzversicherung ja nein beihilfeberechtigt ja nein

Gesetzl. Vertreter oder Vormund Name / Vorname (Patient)

Straße / Nr. PLZ / Ort

Geburtsdatum E-Mail

Tel. Festnetz Tel. mobil

Versicherte/r Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist der Versicherungsnehmer?

Name / Vorname

Straße / Nr. PLZ / Ort

Geburtsdatum

Hausarzt Name PLZ / Ort

Telefon

Hinweise zur Organisation Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt, um Wartezeiten für Sie so gering wie möglich zu halten. Nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden können. Um dies zu vermeiden, bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie uns bitte möglichst frühzeitig ab, d. h. 24 Stunden im Voraus. Kommen Sie mit unvorhersehbaren Problemen in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Std. im Voraus abzusagen. Andernfalls können daraus entstehende Kosten gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden.

Datum: Unterschrift:

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit 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 oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Recall Haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch? Dann bitten wir Sie, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an mich oder meine Mitarbeiterinnen. Wir antworten Ihnen gerne.

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch 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).

Datum: Unterschrift:

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder SMS an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein

Anamnese Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

Kreislaufs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leber	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nieren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Magen-Darm-Traktes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gelenke (Rheuma)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Haben oder hatten Sie ...

hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
niedrigen Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ohrensausen / Tinnitus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
HIV (Aids)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welcher Typ?	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Allergien, wenn ja, wogegen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

multiresistente Keime? ja nein

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

Datum:

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie...

<input type="checkbox"/> Stents	<input type="checkbox"/> Bypass
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt
<input type="checkbox"/> Herzklappenentzündung	<input type="checkbox"/> Angina Pectoris
<input type="checkbox"/> künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

Nehmen Sie Blutverdünner ein? ja nein

Wenn ja, welchen?

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

Wenn ja, gegen welche? ja nein

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche?

Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Unterschrift:

**Einverständnis-
erklärung****Behandlung von Minderjährigen**

Bei Patienten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist für eine Behandlung (außer akute Schmerzbehandlungen) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Ich erkläre, dass ich das alleinige Sorgerecht habe. ja nein

Ich handle im Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten und vertrete ihn hiermit. ja nein

Datum: Unterschrift Erziehungsberechtigter: