

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient.

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und der Datenschutzgrundverordnung

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Versicherter (**Eltern**): Name _____ Vorname _____ geb. _____

(gesetzlicher Vertreter)

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Tel: _____ Handy _____ ggf. E-Mail _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Krankenkasse: _____

gesetzlich versichert

privat versichert

Zahn-Zusatzversicherung

Hausarzt: _____

Ich bin zurzeit in ärztlicher Behandlung wegen: _____

Ich nehme **keine** Medikamente

Ich nehme **regelmäßig** folgende **Medikamente** ein (Bitte geben Sie auch Schlaf-, Schmerz-, Beruhigungs- und Abführmittel an):

Ich leide an folgenden Krankheiten:

hoher Blutdruck niedriger Blutdruck Schilddrüsenerkrankungen

Herzschrittmacher Diabetes mellitus (Zucker)

Herzerkrankungen (z.B. Stand, Klappenfehler etc.) Osteoporose

-was?: _____ MRSA (Krankenhauskeim)

Lungen- u. Atemwegserkrankungen Infektionskrankheiten (Hepatitis B/C, HIV) welche: _____

Blutgerinnungsstörungen/-erkrankungen Creutzfeldt-Jakob-Krankheit

Augenerkrankungen (z.B. grüner Star) _____

Magen- und Darmerkrankungen: _____

Allergien gegen: _____ Sonstiges: _____

Nur für Frauen: Ich bin schwanger – welche Woche: _____ Ungewiss, ob Schwangerschaft besteht

nicht schwanger

Recall:

Sollten Sie keinen neuen Termin vereinbaren, möchten Sie von uns kostenlos per Post oder E-Mail an Ihre nächste Vorsorgeuntersuchung **halbjährlich** oder **jährlich** erinnert werden? (Widerrufbelehrung umseitig)

Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (**Neupatienten**) _____

Datum _____ Unterschrift _____

Bei Teilnahme am Recallsystem:

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

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

Dies bestätige durch meine Zustimmung zum Recall (Kreuz im entsprechenden Feld) und meine Unterschrift auf dem Anamnesebogen