



A. ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN

Name:..... Vorname:.....

Adresse:.....

Telefonnummer: Geb.datum:.....

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

(Bitte ausfüllen bzw. zutreffendes ankreuzen!)

1. Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahren im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche?.....
.....
3. Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar)? Ja Nein
Wenn ja, welche?.....
4. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Ja Nein
Wenn ja, welche?.....
.....
5. Bestehen Allergien? Ja Nein
Wenn ja, welche?
.....
.....
6. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? Ja Nein
Wenn ja, welche?.....
.....
 - Angeborener oder erworbener Herzfehler? Ja Nein
 - Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese? Ja Nein
 - Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? Ja Nein
 - Herzoperationen? Ja Nein
 - Haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

7. Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?

- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| – Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, Aids)? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| – Lebererkrankungen? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| – Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris)? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| – Zu hoher Blutdruck? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| – Zu niedriger Blutdruck? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| – Schlaganfall? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| – Nierenerkrankungen? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| – Diabetes? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| – Magen-Darmerkrankung? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| – Schilddrüsenüberfunktion? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| – Schilddrüsenunterfunktion? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| – Rheumatismus/ rheumatisches Fieber? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| – Asthma/ Lungenerkrankungen? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| – Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| – Nervenerkrankungen? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| – Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| – Sonstige Erkrankungen? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |

Wenn ja, welche?

.....

8. Sind Sie im letzten Jahr operiert worden? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Körperbereich?

.....

9. Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich? Ja Nein

10. Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen? Ja Nein

11. Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf? Ja Nein

12. Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?

In welchem Körperbereich?

.....

13. Name und Anschrift des Hausarztes:.....

.....

.....

Bei Frauen:

14. Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Monat?.....

15. Gibt es einen bestimmten Grund, warum Sie uns aufsuchen (Zweitmeinung, Beschwerden, Routinekontrolle etc.)?.....
.....

16. Haben Sie besondere Wünsche bzgl. der Behandlung, Terminierung etc., die Sie uns mitteilen möchten?
.....

17. Bitte beachten Sie die folgenden Hinweise zur Lokalanästhesie:

- **Nach einer örtlichen Betäubung im Mund-, Gesichts- und Kieferbereich kann Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein!**

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten

B. Datenschutzerklärung bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person gemäß Art. 13 DSGVO

Mir wurde die Datenschutzerklärung der Praxis zu meiner Information ausgehändigt. Ich habe diese zur Kenntnis genommen und bin mit der Erhebung meiner Daten im dort genannten Umfang einverstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten

C. Datenschutzrechtliche Einwilligungs-erklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 7 DSGVO

- Externe Abrechnungsfirma

Sehr geehrter Patient,

um den Verwaltungsaufwand gering zu halten und Ihre Behandlung bzw. unsere zahnärztlichen Leistung gegenüber der Krankenkasse best- und schnellstmöglich abrechnen zu können, arbeiten wir mit einer externen Abrechnungsfirma zusammen.

Ich stimme hiermit der Weitergabe meiner Behandlungsinformationen für den Zweck der Abrechnung der zahnärztlichen Leistungen an die externe Verwaltungskraft

Zahnmedizinischer Abrechnungsservice
Yvonne Ziß
Robert-Koch-Strasse 6
63579 Freigericht
zu.

Zu diesem Zweck entbinde ich die Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht. 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).

.....
Ort, Datum Unterschrift des Patienten

Unser Recall-System

Liebe Patientin, lieber Patient,
möchten Sie von uns an Ihren jährlichen Kontrolltermin erinnert werden?
Dann möchten wir Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren.

Bitte erinnern Sie mich

- halbjährlich
- jährlich

Ich möchte auf folgendem Weg erinnert werden (zutreffendes bitte ankreuzen):

- schriftlich per Brief
- per E-Mail (bitte E-Mailadresse angeben)
- telefonisch (bitte Telefonnummer angeben)

Hierfür stimme ich der Verarbeitung 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).

.....
Ort, Datum Unterschrift des Patienten