

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir, das Praxisteam, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENT											
Herr/Frau/Kind Name, Vorname						_ Geburtsdatum					
Anschrift	Straße, Hausnu	ummer			Pos	Postleitzahl, Ort					
	E-Mail *					Telefon (Privat)					
	Geburtsort										
Versicherung											
Mitglied	(falls nicht selb	st versichert)									
ZU IHRER ZAHNGESUNDI	HEIT										
Leiden Sie unter Zahnschm	erzen?	☐ Ja	☐ Nei	n	Leiden	Sie unter Mundgeruch?		Ja		Neir	
Blutet Ihr Zahnfleisch?		☐ Ja	☐ Nei	n	Wurde	bei Ihnen bereits eine		Ja		Neir	
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zu		Ja	☐ Nei	n	kiefero	rthopädische Behandlung eführt?		oa		1 (011	
Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?		☐ Ja	☐ Nei	n	9						
Auf wessen Empfehlung ko	mmen Sie? /	[/] Wie sind S	iie auf uns	s aufmerksam gev	worden?	**					

^{*} Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kommunikation über dieses Medium wünschen, selbstverständlich erfolgt die Kommunikation hier verschlüsselt von unserer Seite

^{**} Freiwillige Angabe - hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht sowie dem Datenschutz unterliegen und von uns streng vertraulich behandelt werden. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

1. HATTEN/HABEN SIE EINE DER FOLGENDEN KRANKHEITEN?											
Asthma (schwere Atemnot)			Ja	la 🗌 Nein			Krankenhauskeim MRSA		Ja		Nein
Zuckerkrankheit			Ja		Nein		Leberkrankheiten Hepatitis		Ja		Nein
Rheuma			Ja		Nein		A/B/C (Gelbsucht)		Ja		Vein
Ost	eoporose		Ja		Nein		Anfallsleiden (Epilepsie)		Ja		Vein
TBC			Ja		Nein		Schilddrüsenerkrankungen		Ja		Vein
HIV-Infektion			Ja		Nein		Nierenfunktionsstörung		Ja		Nein
Bluterkrankungen			Ja		Nein		Creutzfeldt-Jakob/Varianten		Ja		Nein
Blutgerinnungsstörungen			Ja		Nein		Psychische Erkrankungen		Ja		Nein
Trag	en Sie einen Herzschrittmacher?		Ja		Nein		Tumor/Karzinom/Krebs		Ja		Nein
Her	zinfarkt		Ja		Nein		Wird/wurde bei Ihnen eine		Ja		Nein
Nehmen Sie Marcumar?			Ja		Nein		Bestrahlung durchgeführt?		1		Vein
Sch	aganfall	☐ Ja [Nein		Nehmen/nahmen Sie in diesem Zusammenhang	∐ Jo	Ja		vein
Läh	mungen	Bisphosphonate?			Disphosphonate?						
Ihr I	Hausarzt:						A 1 ·fi			T 1 C	
	Name						Anschrift			Telefor	1
2.	Blutdruck niedrig		norm	al		hoch					
3.	Bestehen Allergien?		Ja	ат		Nein	Wenn ja, welche?				
4.	Haben Sie einen Allergie-Pass?		Ja			Nein	Weitingu, Weitine:				
- .								Vein			
6.							Ja		Vein		
7.								Ja		Vein	
8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?							Ja				
0.	8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?										
9. Sonstige Angaben / andere Krankheiten											
10. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.						0		Ja		Nein	
11.	Haben Sie einen Röntgenpas	s?							Ja		Vein
12.	12. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/Computertomographie? Datum / Körperteil										
							Dutoni / Korperten				
Datu	n, Unterschrift (Patient/in oder Erziehun	asher	echtiate	/r)							
Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer obigen und umseitigen Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten ausdrücklich zu.											
Hinweis zur Organisation: Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis											
dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen.											
HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN											
Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) 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 (Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r)