

Anamnesebogen

Patient:

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Beruf:

Anschrift:

Straße: PLZ / Ort:

Tel.: Mobil:

Versicherter: (falls abweichend)

Name/Vorname: Geburtsdatum:

Für Ihre Behandlung benötigen wir folgende Angaben

1. Liegen oder lagen bei Ihnen Erkrankungen vor, an

- a) Herz Ja Nein
- b) Blutdruck Ja Nein hoch/nieder
- c) Blutgerinnung Ja Nein
- d) Lunge (Asthma, COPD u.a.) Ja Nein welche.....
- e) Leber (Gelbsucht u.a.) Ja Nein
- f) Niere Ja Nein
- g) Andere

2. Leiden sie an

- a) Diabetes mellitus (Zucker) Ja Nein
- b) Allergien Ja Nein welche
- c) Rheumatische Erkrankungen Ja Nein
- d) Entzündliche/übertragbare Krankheiten (Tbc, HIV-Infektion, Hepatitis, u. a.) Ja Nein welche.....
- e) Knochenerkrankungen Ja Nein
- f) Andere

3. Spritzenreaktion

- Werden Sie ohnmächtig Ja Nein
- Wird Ihnen schlecht Ja Nein

4. Besteht eine Schwangerschaft? weiß nicht Ja Monat Nein

5. Rauchen Sie? Ja Nein wieviel

6. Liegt eine Pflegeeinstufung vor? Ja Nein welche.....

7. Nehmen Sie Medikamente ein? (z.B. Blutverdünner)

Wenn ja, welche?

8. Bekommen sie Medikamente gegen

Knochenerkrankungen (z. B. Bisphosphonate) Ja Nein

9. Liegt eine Medikamentenunverträglichkeit vor? (z. B. Antibiotika)

Wenn ja, welche?

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben.

Datum/Ort: Unterschrift:

Patienteneinwilligung zum Datenschutz

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogene Daten verarbeitet:

Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus, Anamnese, Diagnose, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte und Zahnärzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z.B. Röntgenbilder).

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privatärztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Mit Ihrer Zustimmung würden wir Sie weiterhin telefonisch kontaktieren, um Terminabsprachen oder ähnliches zu tätigen. Außerdem bieten wir Ihnen eine Terminerinnerung über den SMS-Versand nach Bedarf an.

Dieser Service wird ausschließlich zu Zwecke der Terminerinnerung und / oder der Vorsorgeerinnerung, sowie telefonische Terminabsprache auf dem Computer in unserem Haus gespeichert. Ihre hierzu benötigten Daten werden weder an andere Stellen übermittelt noch zu Werbezwecken genutzt.

Sollten wir Ihnen Benachrichtigungen per SMS schicken, weisen wir Sie darauf hin, dass diese unverschlüsselt auf Ihr Telefon versendet werden und damit unter Umständen von unberechtigten Dritten mitgelesen werden können.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die oben genannten Dritten ein. Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

.....
Ort, Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter

**Seit den letzten Angaben hat sich an meinem Gesundheitszustand nichts verändert.
Hiermit bestätige Ich die Richtigkeit meiner bisherigen Angaben.**

Datum	Unterschrift