



Verantwortliche Praxis im Sinne der EU-DSGVO



# Anamnesebogen

## Persönliche Informationen

**Patient Herr/Frau** Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_

**Mitglied/Versicherter** Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_

**Anschrift/Kontakt Daten** Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_ Festnetznummer \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Mobilnummer \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, dass wir Ihre Kontaktdaten ggf. auch nutzen, um medizinische Daten/Informationen an Sie zu senden.

**Beruf** \_\_\_\_\_ **Arbeitgeber** \_\_\_\_\_

**Name der gesetzlichen bzw. privaten Krankenkasse** \_\_\_\_\_

beihilfeberechtigt       freiwillig versichert       Zahnzusatzversicherung \_\_\_\_\_

## Allgemeine Situation

**Eventuelle Krankheiten und Besonderheiten:**      ja    nein

Schilddrüsenüberfunktion         

Schilddrüsenunterfunktion         

Herzerkrankungen         

Hoher Blutdruck         

Niedriger Blutdruck         

Diabetes (Zuckerkrankheit)         

Engwinkelglaukom (Augenerkrankung)         

Blutgerinnungsstörungen         

(z. B. verlängerte Blutung bei Schnittwunden oder nach Operationen.)

Allergien?         

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten         

Wenn ja, welche?     TBC     HIV     Hepatitis

Sonstige \_\_\_\_\_

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?         

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rauchen Sie?         

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_

## Zahn-Mund-Situation

**Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geräusche im Kiefergelenk (z. B. beim Gähnen, Kauen)      ja    nein         

Schmerzen am Kopf/Nacken         

Zahnersatz         

Wenn ja, seit wann? Seit \_\_\_\_\_ Jahren.

Zahnfleischbluten         

Zahnfleischrückgang         

Haben Sie Interesse an einer besonders intensiven Vorsorge gegen Karies und Zahnfleischrückgang?         

Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne, kurz: mit Ihrem „Lächeln“, zufrieden?         

Ist bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt worden?         

Bitte wenden! Weiteres finden Sie auf der Rückseite.

**Wann und bei wem wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich geröntgt?**

Datum \_\_\_\_\_ Zahnarzt \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

**Besteht zur Zeit ein Kinderwunsch?**       ja       nein

**Für weibliche Patienten: Besteht eine Schwangerschaft?**     Ja, ich bin in der \_\_\_\_\_Woche.     Nein     Ungewiss

Wegen des Mutterschutzes bitten wir um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt!

**Meine besonderen Wünsche beim Zahnarzt:** \_\_\_\_\_

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist, und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands unverzüglich mitzuteilen.

Falls Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie, spätestens 48 Stunden vorher abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen, da wir als Bestellpraxis die für Sie vorgenommene Zeit sonst nicht wieder vergeben können. Ausfallzeiten können nach §§ 615. Satz BGB, 287 ZPO berechnet werden.

Bitte beachten Sie auch die Servicezeiten Ihres Zahnarztes (SGB V, § 76, Abs. 3, S. 1 „Wechsel des Behandlers im Quartal“).

Ihre Angaben unterliegen den Richtlinien der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO). Ausführliche Informationen zum Patientendatenschutz finden Sie im Aushang der Praxis. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für unten angegebene Zwecke per Telefon/SMS/E-Mail/Postkarte verwendet werden dürfen:

- Terminvergabe und Erinnerungsservice für wiederkehrende Vorsorgeuntersuchungen („Recall“) und Zusendung von Gruß- und Geburtstagskarten durch die Rezeptionsdienste für Ärzte nach Bedarf GmbH (RD GmbH), Burgunderstraße 35, 40549 Düsseldorf.
- Zusendung von Informationsschreiben und Versand eines Newsletters an meine angegebene E-Mail-Adresse durch die oral+venture AG, Berliner Allee 61, 40212 Düsseldorf.

Ich willige ferner ein, dass die Zahnärzte des Zahnarztnetzwerkes die Pluszahnärzte®, welche ich ggf. zur weiteren Behandlung aufsuche, Einsicht in die Patientenakte nehmen, die erhobenen Patientendaten elektronisch verarbeiten und vertretungshalber mit dem/den Kollegen bzw. der/den Kollegin/en sämtliche erforderlichen medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten in Bezug auf meine Person austauschen dürfen, soweit dies zur ordnungsgemäßen Durchführung der Behandlung notwendig ist. Diese Einwilligung umfasst auch die in der Praxisgemeinschaft tätigen Hilfspersonen. Insbesondere gilt dies zur Vermeidung von Doppelbehandlungen und mehrfachen Röntgenuntersuchungen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig. Die Einwilligungen sind freiwillig.

Hiermit versichere ich die Angaben vollständig und inhaltlich richtig gemacht zu haben. Alle Hinweise im Anamnesebogen habe ich zur Kenntnis genommen. Alle Eingaben wurden entweder von mir persönlich oder von meinem gesetzlichen Vertreter in der Praxis gemacht.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)