

Anamnesebogen



Liebe/r Patient/in,

herzlich willkommen in der Zahnarztpraxis Dr. Silvia Handrejk, Jahnstr. 1, 97271 Kleinrinderfeld.

Wir möchten Ihren Aufenthalt in unserer ganzheitlich orientierten Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben.

Patientenname: _____	Geburtsdatum: _____
Versicherter: _____	Geburtsdatum: _____
Adresse: _____ (Straße/ Hausnummer/ PLZ-Wohnort)	
Telefonnummer: _____	Email: _____
Mobiltelefon: _____	Geschäftlich: _____
Beruf: _____	Krankenkasse: _____
Hausarzt: _____ (Straße/ Hausnummer/ PLZ-Ort/ Telefonnr.)	

Wodurch wurden Sie auf uns aufmerksam? _____

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? _____

Weshalb kommen Sie zu uns? _____

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Möchten Sie von uns telefonisch halbjährlich an Ihren Kontrolltermin erinnert werden?
Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ja Nein

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).

Gibt es noch etwas, dass Sie uns mitteilen möchten?

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen:

Herz-/ Kreislauferkrankungen? (Herzinfarkt, Operation?)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten? (Aids, Hepatitis, TBC o.ä.)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung oder Blutverdünner (Aspirin)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Blutdruck? zu hoch <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> zu niedrig <input type="checkbox"/>		
Allergien/ Überempfindlichkeiten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
Innere Krankheiten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leber- Nierenerkrankung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Magen- Darmstörung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie jemals operiert worden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie einmal einen Unfall?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Medikamentenunverträglichkeit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Röntgenpass?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wann wurden Sie zuletzt geröntgt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Knirschen Sie nachts mit den Zähnen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Karies- und Parodontitisprohylaxe | <input type="checkbox"/> Implantate |
| <input type="checkbox"/> Schienentherapie | <input type="checkbox"/> Amalgamentfernung |
| <input type="checkbox"/> Parodontitisbehandlung | <input type="checkbox"/> Kiefergelenkbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Zahnersatz | <input type="checkbox"/> Materialtestung |
| <input type="checkbox"/> Naturheilkundliche Behandlung | <input type="checkbox"/> Applied Kinesiologie |

Für Privatpatienten:

Der Steigerungssatz der Privatliquidation kann sich in begründeten Fällen bis zum 3,5-fachen des Regelsatzes erhöhen. Die Abrechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ/ GÖÄ). Ich verpflichte mich, dass nach den o.g. Gebührenordnungen berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern Versicherung u.o. Beihilfestellen es nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Ihre Angaben werden elektronisch gespeichert, unterliegen jedoch den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Für ausführliche Informationen hierzu beachten Sie bitte die beiliegende Erklärung zur Datenverarbeitung in der Praxis.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

(Kleinrinderfeld, den)

(Unterschrift)