

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patient*innen,
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Um Ihnen eine Betreuung auf bestmöglichem Niveau gewährleisten zu können, benötigen wir, das Team der Praxis **DEIN DENTAL**, neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach §203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name _____ Titel _____

Vorname _____ Geburtsdatum, -ort _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____

Telefon (Festnetz/mobil) _____ E-Mail* _____

WIE SIND SIE VERSICHERT?

Zutreffende Punkte bitte ankreuzen.

Gesetzlich versichert:

Freiwillig

Pflicht

Privat versichert:

Basistarif

Standardtarif

Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung?

Ja

Nein

Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?

Ja

Nein

Haben Sie einen Pflegegrad?

Ja

Nein

Wenn ja, welchen? _____

Haben Sie eine Eingliederungshilfe?

Ja

Nein

VERSICHERTE*R

Falls abweichend von der zu behandelnden Person.

Name _____ Vorname _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____ Telefon (Festnetz/mobil) _____

* Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.

** Freiwillige Angabe – wenn die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bezüglich einer Einwilligung auf Sie zu.

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Zutreffende Punkte bitte ankreuzen.

- Leiden oder litten Sie an Erkrankungen des Herzkreislaufs? Ja Nein Wenn ja, welche? _____
- Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der Lunge/Atemwege? Ja Nein Wenn ja, welche? _____
- Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der Leber? Ja Nein Wenn ja, welche? _____
- Leiden oder litten Sie an Erkrankungen des Nervensystems? Ja Nein Wenn ja, welche? _____
- Leiden oder litten Sie an Tumorerkrankungen? Ja Nein Wenn ja, welche? _____
- Leiden oder litten Sie an Beschwerden des Kiefergelenks? Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder Erkrankungen?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Glaukom/Grüner Star | <input type="checkbox"/> Immunsuppression/Unterdrückung des Immunsystems |
| <input type="checkbox"/> Schlafapnoe | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Herzfehler/künstliche Herzklappe/Spenderherz | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Ohrensausen/Tinnitus | <input type="checkbox"/> Erkrankung des Magen-Darm-Traktes | <input type="checkbox"/> Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen oder Hämophilie |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Gelenkerkrankung/-verletzung | |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | | |

Sonstige Erkrankungen _____

Hatten Sie eine Transplantation, wenn ja welche? _____

Haben Sie Allergien? Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass? Ja Nein

LEIDEN SIE UNTER MELDEPFLICHTIGEN INFEKTIONSKRANKHEITEN?

Zutreffende Punkte bitte ankreuzen.

- Hepatitis HIV/Aids Tuberkulose Krankenhauskeime (z.B. MRSA etc.) Creutzfeldt-Jakob (CJK)/Varianten CJK

Sonstige Infektionskrankheiten? _____

NEHMEN SIE MEDIKAMENTE EIN?

Zutreffende Punkte bitte ankreuzen.

- Blutdruckmedikamente Herzmedikamente Bisphosphonate Cortison (Kortikoide)
- Schmerzmittel Antidepressiva
- Blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, Xarelto®, Eliquis®, Pradaxa® oder ASS®

Wenn ja, welche? Wenn vorhanden, bitten wir um die Vorlage des Medikationsplans.

Sonstige Medikamente? _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten?

Wenn ja, gegen welche? _____

WEITERE MEDIZINISCH RELEVANTE ANGABEN

Zutreffende Punkte bitte ankreuzen.

- Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein Wenn ja, in welcher Woche? _____
- Rauchen Sie? Ja Nein Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____
- Schnarchen Sie? Ja Nein
- Sind Sie alkohol- / drogenabhängig? Ja Nein
- Wann war Ihre letzte Röntgen-Untersuchung im Bereich der Zähne? _____

ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT***

Zutreffende Punkte bitte ankreuzen.

- Ich leide unter Zahnschmerzen. Mein Zahnfleisch blutet.
- Mein Zahnfleisch zieht sich zurück. Ich presse oder knirsche mit den Zähnen.
- Ich leide unter Mundgeruch. Ich habe Angst vor der Zahnbehandlung.
- Bei mir wurde bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt. Ich bin unzufrieden mit meiner Zahnstellung.
- Ich bin unzufrieden mit der Farbe meiner Zähne.

Sonstiges _____

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Freiwillige Angabe – hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik. Zutreffende Punkte bitte ankreuzen.

- Empfehlung durch _____
- Google Implantat Sprechstunde
- Jameda Veranstaltung in der Praxis
- Facebook Plakate und Werbetafeln in der Region
- Instagram Außenbeschilderung der Praxis
- DEIN DENTAL Praxisfinder Zeitungsartikel
- Online-Terminbuchungsportal (z.B. Dr. Flex, Doctolib) Werbeflyer der Praxis

Sonstiges _____

ALLGEMEINE HINWEISE

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

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.

Ort, Datum

Unterschrift

HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN sowie HINWEIS ZU FREIWILLIGEN ANGABEN

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).

Ort, Datum

Unterschrift

WIR DANKEN IHNEN HERZLICH, DASS SIE SICH DIE ZEIT FÜR DIE BEANTWORTUNG GENOMMEN HABEN.
IHR DEIN DENTAL TEAM