

Anamnese

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Gesundheitsbogen für Ihre zahnärztliche Beratung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient! Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie den Fragenbogen sorgfältig aus. Er dient unserer Vorbereitung auf Ihren Termin und wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Selbstverständlich unterliegen die Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Gerne helfen wir Ihnen bei Fragen weiter und danken für Ihre Mitarbeit.

Persönliche Daten Patient:in

Nachname:

.....

Vorname:

.....

Straße:

.....

Hausnummer:

.....

PLZ:

.....

Ort:

.....

Geburtsdatum:

.....

Telefon Festnetz:

.....

Telefon Mobil:

.....

E-Mail:

.....

Hausarzt/Hausärztin:

.....

Daten des/r gesetzliche:n Vertreter:in / alternative:n

Rechnungsempfänger:in

Nachname gesetzliche:r Vertreter:in / alternative:r

Rechnungsempfänger:in:

.....

Vorname gesetzliche:r Vertreter:in / alternative:r Rechnungsempfänger:in:

.....

**Geburtsdatum gesetzliche:r Vertreter:in / alternative:r
Rechnungsempfänger:in:**

.....

Straße gesetzliche:r Vertreter:in / alternative:r Rechnungsempfänger:in:

.....

**Hausnummer gesetzliche:r Vertreter:in / alternative:r
Rechnungsempfänger:in:**

.....

PLZ gesetzliche:r Vertreter:in / alternative:r Rechnungsempfänger:in:

.....

Ort gesetzliche:r Vertreter:in / alternative:r Rechnungsempfänger:in:

.....

Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand

**Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen? Zutreffendes bitte auswählen oder,
falls nicht genannt, bitte im Freitext ergänzen.**

- Herz-/Kreislaufkrankungen
- Hypertonie (erhöhter Blutdruck)
- Hypotonie (niedriger Blutdruck)
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Epilepsie (Anfallsleiden)
- Apoplex (Schlaganfall)
- Atemwegserkrankungen (Asthma, COPD)
- Glaukom (erhöhter Augendruck)
- Herzinsuffizienz
- Herzschrittmacher / künstl. Herzklappen
- Herzinfarkt
- Lebererkrankungen
- Hepatitis A / B / C (Gelbsucht)
- Magen-Darm-Erkrankungen (chronisch)
- Immunmangel (HIV)
- Osteoporose
- Blutgerinnungsstörung
- Sonstiges:
- Sonstige:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Bitte im Freitext ergänzen

Haben Sie Unverträglichkeiten / Allergien? Bitte im Freitext ergänzen

**Sind Sie im letzten Jahr im Kopf-/Kieferbereich geröntgt worden? Wenn ja,
wo?**

.....

Sonstige Angaben

- Rauchen - bis zu 10 Zigaretten/Tag

- Rauchen – mehr als 10 Zigaretten/Tag
- Nichtraucher
- Sonstige:

Für unsere weiblichen Patienten. Besteht eine Schwangerschaft?

- bestehende Schwangerschaft

Ihre Wünsche für eine individuelle Behandlungsplanung. Worauf legen Sie bei einer zahnärztlichen Behandlung besonderen Wert?

.....

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

.....

Erinnerungsservice

Post

- Ja
- Nein

E-Mail

- Ja
- Nein

Notfalldatenmanagement (in einem medizinischen Notfall können wichtige notfallrelevante Informationen direkt von der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) abgerufen werden)

- Ja
- Nein

Wichtige Anmerkungen

Bitte beachten Sie unser Terminsystem. Um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen ist für Sie Ihre Behandlungszeit exklusiv reserviert. Sollten Sie verhindert sein, sagen Sie Ihren vereinbarten Termin rechtzeitig telefonisch spätestens 24 Stunden vorher ab. Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert, sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen. Über Rechtsgrundlagen, Verfahrensweisen, Auskunftsrechte und Widerspruchsmöglichkeiten nach DSGVO (Datenschutzgrundverordnung) und BDSG (Bundesdatenschutzgesetz) bezüglich Verarbeitung und Verwendung meiner Daten wurde ich aufgeklärt und erkläre hierzu mein Einverständnis.

.....

Ort, Datum

Unterschrift Patient