

Anamnesebogen für Erwachsene

Für eine risikoarme Behandlung benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten ist gemäß Art. 6 Abs. 1b EU-DSGVO und Art.9 2h EU-DSGVO notwendig und zulässig. Sie erfolgt in unserer Praxis nach geltendem Recht. Bitte informieren Sie sich in den ausliegenden Informationen über die Erfassung Ihrer personenbezogenen Daten.

Patientendaten

Name des Patienten: _____

geb. am : _____

Anschrift: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Privat zahnärztlich zusatzversichert? ja [] nein [] Liegt ein Pflegegrad vor? _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

Beruf: _____

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten?

Versicherter: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

Besteht Interesse an regelmäßiger Vorsorge, um erneute Erkrankungen zu vermeiden?

ja () nein ()

Wie möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?

telefonisch () schriftlich () per E-Mail ()

Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

Wir bitten Sie Termine, die Sie nicht einhalten können, telefonisch oder per Mail unter post@zahnarzt-koepenick.de mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei wiederholten Terminversäumnissen, sind wir berechtigt, eine Versäumnisgebühr zu erheben und privat in Rechnung zu stellen.

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung	ja ()	nein ()
Herzschrittmacher/ künstl. Herzklappen	ja ()	nein ()
Hoher Blutdruck	ja ()	nein ()
Niedriger Blutdruck	ja ()	nein ()
Ohnmachtsneigung	ja ()	nein ()
Blutungsneigung/ Bluterkrankung	ja ()	nein ()
Marcumar/ Gerinnungshemmer	ja ()	nein ()
Rheuma	ja ()	nein ()
Diabetes	ja ()	nein ()
Schilddrüsenerkrankung	ja ()	nein ()
Lebererkrankung	ja ()	nein ()
Magen-/ Darmerkrankung	ja ()	nein ()
Nierenerkrankung	ja ()	nein ()
Lungenerkrankung/ Asthma	ja ()	nein ()
Nasen-/ Nebenhöhlenerkrankung	ja ()	nein ()
Epilepsie	ja ()	nein ()
HIV-Infektion	ja ()	nein ()
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?	ja ()	nein ()

Wenn ja, welche? _____

Allergien ja () nein () Wenn ja, welche? _____

Reagieren Sie auf bestimmte Medikamente empfindlich?

 Ja () nein () Wenn ja, auf welche? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Nehmen Sie Bisphosphonate ein? Ja() nein ()

Sind Sie Raucher? Ja () nein () Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?

Sind sie schwanger? Ja () nein () In welchem Monat?

Grund Ihres Besuches

Kontrolluntersuchung	ja ()	nein ()
Schmerzen	ja ()	nein ()
Zahnfleischbluten/ Mundgeruch	ja ()	nein ()
Füllungen	ja ()	nein ()
Zahnersatz	ja ()	nein ()
Kiefergelenkbeschwerden/ Knirschen	ja ()	nein ()
Sonstiges	<hr/>	

Beratungswunsch

Prophylaxe/ profess. Zahnreinigung	ja ()	nein ()
zahnfarbene Füllungen	ja ()	nein ()
Amalgamsanierung	ja ()	nein ()
Zahnersatz	ja ()	nein ()
Implantate/ Implantatzahnersatz	ja ()	nein ()
Zahnfleischerkrankungen/ thermodyn. Therapie	ja ()	nein ()
weiße Zähne/ Bleachen	ja ()	nein ()
kieferorthopädische Behandlung	ja ()	nein ()
Sonstiges	<hr/>	

Wir benötigen Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Röntgenbilder werden von uns im Bedarfsfall entsprechend der Datenschutzverordnung verschlüsselt übermittelt.

Wünschen Sie dies nicht, sprechen Sie uns bitte an.

Erinnerungsmails zur Vorsorge werden von uns, wenn gewünscht, unverschlüsselt übermittelt.

Für Terminvereinbarungen oder Absprachen, rufen Sie uns bitte aus unter (030) 6451150 an.

Datum:

Unterschrift: