

ANAMNESE-BOGEN



Zahnarztpraxis
Dr. Müller

Liebe*r Patient*in,

willkommen in unserer Praxis! Neben den Angaben zu Ihrer Person benötigen wir auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen gewissenhaft aus, damit wir Sie optimal behandeln können.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.
Bitte informieren Sie uns bei Änderungen der hier gemachten Angaben!

Ihre Zahnarztpraxis Dr. Müller

PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname

Geburtsdatum

Versicherte Person (Name / Adresse / Telefon / Geburtsdatum; bei Kindern die Eltern, ggf. Ehepartner*in)

Straße

PLZ/Ort

Telefon

Telefon/Mobil

Email

Hausarzt*ärztin (Name / Adresse / Telefon)

VERSICHERUNG

Krankenkasse

gesetzlich versichert Zusatzversicherung

privat versichert

Pflegegrad nach §15 SGB XI

Bitte wenden



ALLGEMEINE GESUNDHEITSSITUATION

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

ja nein

Hoher / niedriger Blutdruck

Blutgerinnungsstörung

Schlaganfall

Diabetes

Schilddrüsenerkrankung

Rheumatische Krankheiten

Infektionskrankheiten
(HIV, Hepatitis, Tbc)

Herzerkrankungen
Wenn ja, welche?

Sonstige Erkrankungen?
Wenn ja, welche?

ja nein

Haben Sie Allergien?
Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Medikamente?
Wenn ja, welche?

Haben Sie einen Herzpass?

Benötigen Sie eine Endokarditis-
prophylaxe?

Rauchen Sie?

Für unsere Patientinnen:
Sind Sie schwanger?

Nehmen oder nahmen Sie
Bisphosphonate ein?

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

FÜR DIE VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER PATIENT*INNENDATEN GEMÄSS ART. 6,7 ABS. 1 LIT. A DSGVO

Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Zahnarztpraxis Dr. Müller zu. 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).

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Gesundheitsangaben und meine Zustimmung zur Speicherung meiner Patient*innendaten nachfolgend mit meiner Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in (ggf. Unterschrift Eltern / Ehepartner*in)