

ANAMNESEBOGEN

Zahnarztpraxis
Dr. Susan Richel-Suchy



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht, sowie den Regelungen zum Datenschutz und werden daher streng vertraulich behandelt. Eine Erklärung zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO halten wir für Sie zur Einsicht und auf unserer Internetseite bereit.

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Wohnort _____

Telefon/Handy _____

Krankenkasse/private Versicherung _____

gesetzlich versichert ja nein Zusatzversicherung ja nein
privat versichert ja nein Beihilfe ja nein Basistarif ja nein

E-Mail _____

Beruf _____ beschäftigt bei _____

Liegt ein Pflegegrad (§15 SGB XI) vor? Wenn ja, welcher? 1 2 3 4 5

Haben Sie der elektronischen Patientenakte (ePa) bei Ihrer Krankenkasse widersprochen? ja nein

Wenn Sie familienversichert sind, wer ist der Hauptversicherte?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____

Hinweise zur Organisation

Aufgrund des Elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens bei Zahnersatzplanungen bekommen Sie keine Unterlagen mehr zur Weiterleitung an Ihre Krankenkasse zugeschickt. Bitte wählen Sie, ob eine Kostenaufklärung vorab mündlich per Anruf oder schriftlich per E-Mail erfolgen soll.

per Anruf per E-Mail

Einverständniserklärung zur Informationsweitergabe meiner persönlichen Daten

Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Folgende Personen dürfen mündliche und schriftliche Auskünfte (Termine, Röntgenbefunde, Eigenanteile usw.) erhalten:

Name, Vorname: _____

Bitte keine Auskünfte an Dritte (Angehörige/sonstige Personen)

Bitte Rückseite beachten!

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Herzfehler
- Herzinfarkt
- Herzschrittmacher
- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Künstliche Herzklappe, seit _____
- Künstliche Gelenke, seit _____
- Sonstiges _____
- Gerinnungsstörungen des Blutes

- Asthma
- COPD

- Dialysepflichtigkeit

- Diabetes mellitus Typ I
- Diabetes mellitus Typ II

- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion

- Rheuma
- Grauer Star
- Grüner Star

- Hepatitis A/B/C
- Aids
- TBC

- Epilepsie
- Depressionen
- Angstzustände

Sonstige Erkrankungen:

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Wenn ja, welche?

- Unverträglichkeiten:

- Allergien:

- Wurden oder werden Sie mit Bisphosphonaten behandelt?

- Rauchen Sie?

- Nehmen Sie Drogen?

- Besteht eine Alkoholabhängigkeit / Trocken

- Neigen Sie zur Ohnmacht?

Für unsere Patientinnen:

- Besteht eine Schwangerschaft?

Wenn ja, welche Woche? _____

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraums auftretenden Änderungen zu informieren. Wird die Versichertenkarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorgelegt, werden die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 2 Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich habe die Datenschutzzinformationen gelesen und bin damit einverstanden.

Hiermit bestätige ich, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum, Unterschrift

Bitte ausfüllen und ausgedruckt mitbringen!

