

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir möchten Ihnen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Dafür benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PATIENTENDATEN

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Straße · Hausnummer _____

PLZ · Ort _____ Telefon privat _____

Beruf** _____ E-Mail* _____

Hausarzt** _____

WIE SIND SIE VERSICHERT?

Gesetzlich versichert Freiwillig Pflicht Privat versichert Basistarif Standardtarif

Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung? Ja Nein

Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe? Ja Nein

VERSICHERTER (Falls abweichend vom Patienten)

Name _____ Vorname _____

Anschrift _____

Telefon (privat) _____

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

Asthma Allergien Wenn ja, welche?

Haben sie einen Allergiepass? Diabetes

Herzfehler · künstliche Herzklappe Endokarditisprophylaxe Herzinfarkt

Herzschrittmacher Hoher Blutdruck Niedriger Blutdruck Ohrensausen · Tinnitus

Epilepsie Grüner Star Leber Nieren

Schilddrüse Magen-Darm-Trakt Gelenke (Rheuma) Osteoporose

Tumorerkrankung Immunsuppression Schlaganfall

Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen Sonstige Erkrankungen

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

** Freiwillige Angabe · diese Information kann hilfreich für die Behandlung sein.

LEIDEN SIE UNTER FOLGENDEN INFEKTIONSKRANKHEITEN?

- Hepatitis HIV · AIDS Tuberkulose
 Krankenhauskeime (z.B. MRSA etc.) Creutzfeldt-Jakob (CJK) · Varianten CJK
 Test COVID-19 · Letzte Testung am _____ Impfung COVID-19 · Impfung am _____

NEHMEN SIE MEDIKAMENTE EIN?

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

Sonstige Medikamente _____

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

Wenn ja, gegen welche? _____

SONSTIGE ANGABEN

Rauchen Sie? Ja Nein >10 Zigaretten am Tag

Schnarchen Sie? Ja Nein

Wann war Ihre letzte Röntgen-Untersuchung im Bereich der Zähne? _____

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Ja Wenn ja, in welcher Woche? _____ Nein

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.

Ort · Datum

Unterschrift

HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN | *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 für Ihre Beantwortungszeit
Das Praxisteam