

Anamnese- und Hinweisbogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen bei dentaval - Ihrem Team für Zahngesundheit.

Wir, das dentaval-Team, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Um Ihnen eine Betreuung auf hohem Niveau zu gewährleisten und gezielt auf Ihre individuellen gesundheitlichen und persönlichen Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Persönliche Angaben

Name Vorname	Titel
Straße Hausnummer	Geburtsdatum Geburtsort
Postleitzahl Ort	Telefon (privat)
E-Mail <small>*Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.</small>	Telefon (mobil) <small>*Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.</small>
Hausarzt	

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist versichert?

Name Vorname	Geburtsdatum
Straße Hausnummer	Telefon (privat)
Postleitzahl Ort	

Krankenkasse | Krankenversicherung

<input type="checkbox"/> gesetzlich Name und Ort der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung
<input type="checkbox"/> freiwillig Name und Ort der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> ich wünsche eine Privatbehandlung, über Krankversicherungskarte
<input type="checkbox"/> privat Name der Versicherung	<input type="checkbox"/> ich wünsche eine Behandlung, über Krankversicherungskarte
	<input type="checkbox"/> beihilferechtigt
	<input type="checkbox"/> Standardtarif Studententarif
	<input type="checkbox"/> Basistarif

Angaben zu Ihrer Gesundheit

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. Gerne helfen wir Ihnen beim Ausfüllen.

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

<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Blutzuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> Endokarditisprophylaxe	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Herzfehler künstliche Herzklappe
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ohrensausen Tinnitus
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Grüner Star (Glaukom)	<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Nieren
<input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/> Gelenke (Rheuma)	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> Immunsuppression	<input type="checkbox"/> Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen	
<input type="checkbox"/> Allergien Wenn ja, welche? _____			<input type="checkbox"/> Haben Sie einen Allergiepass?
<input type="checkbox"/> Andere nicht aufgeführte Erkrankungen? _____			

Leiden Sie unter folgenden Infektionskrankheiten?

<input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob (CJK) Varianten CJK
<input type="checkbox"/> HIV AIDS	<input type="checkbox"/> Krankenhauskeime (z.B. MRSA, etc.)	

Bitte wenden

Nehmen Sie Medikamente ein?

- Bisphosphonate Schmerzmittel Blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar®, Xarelto®, Eliquis®, Pradaxa® oder ASS®)
- Cortison (Kortikoide) Antidepressiva
- Blutdruckmedikamente Wenn ja, welche? _____
- Herzmedikamente Wenn ja, welche? _____
- Sonstige Medikamente? _____

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

- Wenn ja, gegen welche? _____

Wann war Ihre letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung? _____

Sonstige Angaben

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. Gerne helfen wir Ihnen beim Ausfüllen.

- Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein im ____ Monat
- Rauchen Sie regelmäßig? Ja Nein
- Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

*Freiwillige Angabe – hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik.

- Empfehlung Internet Jameda Sonstiges _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Hinweis zur Organisation

Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen.

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!

Ihr **dentaval-Team**