

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN



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

Wir, das Team der Zahnarztpraxis Solveig Rösen, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Das 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 DATEN

Name Vorname	Geburtsdatum Ort	
Straße Hausnummer	Postleitzahl Ort	
Telefon (privat)	Telefon (mobil)*	E-Mail*
Hausarzt (Name Ort)		
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? **		

VERSICHERUNG

Krankenkasse _____

Sind Sie gesetzlich versichert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie privat versichert?	<input type="checkbox"/> Basistarif	<input type="checkbox"/> Standardtarif
Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist versichert?		

Name Vorname	Geburtsdatum	
Straße Hausnummer	Postleitzahl Ort	
Telefon (privat)	Telefon (mobil)*	E-Mail*

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT***

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Warum kommen Sie zu uns? _____

Haben Sie persönliche nachhaltige Wünsche, die wir als Praxis erfüllen sollten? _____

Gab es bei Ihrem vorbehandelnden Zahnarzt Kritik oder Komplikationen? _____

Was wünschen Sie sich langfristig für Ihre Zahngesundheit? _____

Haben Sie schon einmal eine Zahnreinigung durchführen lassen?	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="checkbox"/>

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

**Freiwillige Angabe – hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik

***Freiwillige Angaben – diese Angaben sind für die Behandlungsplanung sinnvoll, jedoch nicht zwingend erforderlich

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

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

Asthma	<input type="checkbox"/>	Nieren	<input type="checkbox"/>
Allergien Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche: _____		Schilddrüse	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	Gelenke (Rheuma)	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>
Herzfehler künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>
Endokarditisprophylaxe	<input type="checkbox"/>	Immunsuppression	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	HIV AIDS	<input type="checkbox"/>
Ohrensausen Tinnitus	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	Krankenhauskeim (z.B. MRSA etc.)	<input type="checkbox"/>
Grüner Star Glaukom	<input type="checkbox"/>	Creutzfeld-Jakob (CJK) Varianten (CJK)	<input type="checkbox"/>
Leber	<input type="checkbox"/>	Andere nicht aufgeführte Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>
		Wenn ja, welche: _____	

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Blutdruckmedikamente	<input type="checkbox"/>	Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>
Herzmedikamente	<input type="checkbox"/>	Antidepressiva	<input type="checkbox"/>
Biphosphonate	<input type="checkbox"/>	Blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar*,	<input type="checkbox"/>
Cortison (Kortikoide)	<input type="checkbox"/>	Xarelto*, Eliquis*, Pradaxa* oder ASS*	

Welche anderen Medikamente nehmen Sie ein? _____

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, in welcher Woche: _____	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag: _____	
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? _____	
Hatten Sie früher eine kieferorthopädische Behandlung?	<input type="checkbox"/>	Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegenüber einer örtlichen Betäubung aufgetreten?	<input type="checkbox"/>

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

Anästhesieaufklärung: Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass bei einer örtlichen Betäubung folgende Risiken auftreten können: Einschränkung der Verkehrstüchtigkeit | Schädigung des Zahnnerve (speziell bei der Leitungsanästhesie) | Entstehung eines Hämatoms durch den Einstich | Gefahr der Selbstverletzung durch Bisswunden.

Zuletzt noch ein Hinweis, verbunden mit einer Bitte: Wir führen unsere Praxis zu Ihrem Vorteil nach dem Bestellsystem. Das bedeutet Folgendes: Wenn Sie von uns einen Termin bekommen haben, können Sie darauf vertrauen, dass Ihre Behandlung zu diesem Termin bestens vorbereitet ist. Wir bemühen uns, Sie pünktlich und in Ruhe zu versorgen. Wir bitten Sie, Ihre Termine einzuhalten oder rechtzeitig abzusagen. Ggf. muss von uns bei nicht abgesagten Terminen ein Ausfallhonorar in Rechnung gestellt werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Ort | Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!
Ihr Team der Zahnarztpraxis Solveig Rösen

GESUNDE ZÄHNE
SIND LEBENSQUALITÄT

HAUPTSTRASSE 83
59939 OLSBERG

TEL 02962 45 82
FAX 02962 97 61 49

INFO@ZAHNARZTPRAXIS-ROESEN.DE
WWW.ZAHNARZTPRAXIS-ROESEN.DE