



Anamnesebogen > Bitte in deutlichen Druckbuchstaben ausfüllen

Name:..... Geburtsdatum:.....
Vorname:..... Tel. privat:.....
Straße:..... Tel. Geschäftlich:.....
PLZ/ Wohnort:..... Handy:.....
Beruf:..... Email:.....
☐ gesetzliche Versicherung ☐ mit privater Zahnzusatzversicherung
☐ private Versicherung (kein Basis-/Standardtarif) ☐ mit Beihilfe ☐ Basis-/Standardtarif

Versicherter (nur ausfüllen, falls anders als oben angegeben)

Name:..... Straße:.....
Vorname:..... PLZ/Wohnort:.....
Geb. Datum:.....

Besteht eine Vorsorgevollmacht? ☐ ja ☐ nein

Name und Adresse des Bevollmächtigten:

Bei Pflegebedürftigen: Pflegegrad

Falls sie ein Bonusheft besitzen, geben sie es an der Anmeldung zum Kopieren ab.

Bonusheft: Sollen Ihre Bonusdaten in die elektronische Patientenakte (ePA) hochgeladen werden?

☐ ja

☐ nein

Erkrankungen:

☐ Angina pectoris	☐ Diabetes	☐ Sonstige Erkrankungen/Allergien:
☐ Bluthochdruck	☐ Medikamentenallergie	
☐ Herzschrittmacher	☐ Infektionskrankheiten	
☐ Künstliche Herzklappe	(AIDS, Tb, Hepatitis u .ä.)	
☐ Bluterkrankheit	☐ Schilddrüsenüberfunktion ☐ Schilddrüsenunterfunktion	
☐ Asthma	☐ Künstliche Gelenke: Op. Jahr:.....	

☐ Medikamente nach Krebstherapie:

☐ Medikamente geg. Osteoporose:

☐ Medikament zur Blutverdünnung

☐ Mundtrockenheit

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein und wofür/wogegen?:

.....
.....
.....

Warum/wie kommen Sie in unsere Praxis?

☐ Empfehlung durch Frau/Herrn:..... ☐ Telefonbuch ☐ Internet

Wann/wo war die letzte Röntgenuntersuchung im Zahnbereich?.....

Sind Sie schwanger: ☐ ja, im..... Monat ☐ bin nicht sicher ☐ nein

Name und Adresse Ihres Hausarztes/Internisten:

.....

Blatt bitte wenden ==>

Möchten Sie eine SMS-Erinnerung einen Tag vor Ihrem Termin?

☐ Ja (Bitte Handynummer angeben auf Vorderseite) ☐ Nein

Recall-System

Ich möchte ☐ angerufen werden / ☐ eine Postkarte / ☐ oder SMS bekommen, wenn wieder eine Vorsorgeuntersuchung / Zahnreinigung fällig ist.

☐ Bitte keine Erinnerung

☐ Ich bin damit einverstanden, dass ich z.B. bei Terminverschiebungen angerufen werde.

Wichtig:

Wir möchten unsere Termine mit Ihnen so vereinbaren, dass in der Regel keine, oder – durch Schmerzfälle verursachte – nur geringe Wartezeiten entstehen und wir Sie in Ruhe untersuchen oder behandeln können. **Deshalb bitten wir Sie, Ihren Termin - falls Sie ihn nicht einhalten können – möglichst 24 Stunden vorher abzusagen, da Ihnen sonst die für Sie reservierte, aber nicht genutzte Zeit in Rechnung gestellt werden muss.**

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Dritte nicht ohne Ihre Erlaubnis weitergegeben.

Memmeldorf; Datum:

Unterschrift X

Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6 Abs.1 lit. a, Art. 7 DSGVO

Ich stimme hiermit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung/Weitergabe meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge, der Abrechnung gegenüber der KZV Bayern oder externen anderen Abrechnungsstellen sowie der Kooperation mit sonstigen, im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden Dienstleistern (Dentallabor, Röntgenstelle etc.), Ärzten, Krankenkassen, Gutachtern (wenn von Krankenkasse angefordert z.B. Röntgenbilder, Befunde, Modelle etc.) durch die oben genannte Zahnarztpraxis zu.

Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgenden Link:

<https://www.g-ba.de/beschluesse/4036/>

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs.3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs.3 Satz 2

DSGVO)

Aufklärung über die Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie, auch örtliche Betäubung genannt, dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn Mund Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind sehr selten mögliche Komplikationen nicht ausgeschlossen wie z.B. ein kleines Hämatom, eine vorübergehende Nervbeeinträchtigung oder eine in Verbindung mit Stress und Angst herabgesetzte Verkehrsbeeinträchtigung.

- ☐ Die Aufklärung habe ich verstanden.
- ☐ Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
- ☐ Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- ☐ Ich möchte nur bei sehr schmerzhaften Maßnahmen mit örtlicher
- ☐ Betäubung behandelt werden.
- ☐ Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- ☐ Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass all meine Angaben korrekt sind.

Memmeldorf, Datum:

Unterschrift X

Weitere Patienteninformationen zum ART. 13 DSGVO zur Erhebung von Patienten bezogenen Daten sind an der Anmeldung zu finden.