



Anamnesebogen

Patient

Vorname: _____ Postleitzahl & Ort: _____
Nachname: _____ Handynummer: _____
Geburtsdatum: _____ E-Mail: _____
Straße & Hausnummer: _____

Gesetzlicher Vertreter (Falls vorhanden)

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Versicherung

☐ Gesetzlich versichert ☐ Privat versichert Name der Versicherung: _____

Überweisender Zahnarzt: _____

Gesundheitliche Angaben

Hatten oder haben Sie eine der genannten Erkrankungen?

Infektionskrankheiten

HIV-positiv ☐ Ja ☐ Nein
AIDS ☐ Ja ☐ Nein
Hepatitis / Gelbsucht ☐ Ja ☐ Nein
Syphilis ☐ Ja ☐ Nein

Herzerkrankungen

Herzinfarkt ☐ Ja ☐ Nein
Herzschrittmacher ☐ Ja ☐ Nein
Welchen? _____
Herzoperation ☐ Ja ☐ Nein
Welche? _____
Herzklappenersatz ☐ Ja ☐ Nein
Welchen? _____

Kreislaufferkrankungen

Zu hoher Blutdruck ☐ Ja ☐ Nein
Zu niedriger Blutdruck ☐ Ja ☐ Nein

Sonstige Erkrankungen

- Diabetes ☐ Ja ☐ Nein
- Asthma ☐ Ja ☐ Nein
- Schlaganfall ☐ Ja ☐ Nein
- Epilepsie ☐ Ja ☐ Nein
- Osteoporose / Knochenabbau ☐ Ja ☐ Nein
- Allergie gegen Penicillin ☐ Ja ☐ Nein
- Blutungsneigung (Hämophilie) ☐ Ja ☐ Nein
- Dialyse-Patient ☐ Ja ☐ Nein
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Welche? _____

Nehmen Sie einer dieser Medikamente ein?

- ☐ Nein ☐ Clopidogrel ☐ Marcumar ☐ Ass ☐ Xarelto ☐ Pradaxa ☐ Heparin

Haben Sie sonstige Allergien? ☐ Ja ☐ Nein
Welche? _____

Nehmen Sie Drogen? ☐ Ja ☐ Nein
Welche? _____

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? ☐ Ja ☐ Nein
Woche: _____

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung?

Müssen Sie regelmäßig vor Eingriffen beim Zahnarzt ein Antibiotikum z. B. ein Penicillin einnehmen? ☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie zur Behandlung von Osteoporose / Knochenabbau Medikamente ein? (z.B. ein Bisphosphonat) ☐ Ja ☐ Nein

- ☐ Actonel ☐ Aredia ☐ Bondronat ☐ Bonefos ☐ Didronel ☐ Diphos ☐ Etidronat ☐ Fosamax ☐ Ostac
☐ Skelid ☐ Zometa

Anderes Medikament: _____

Weitere Informationen

Zahnimplantate und auf Implantaten befestigter Zahnersatz, sowie alle damit in Zusammenhang stehenden Beratungen, Untersuchungen und weiteren Leistungen werden nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen und müssen dem Patienten privat nach den Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte in Rechnung gestellt werden.

- ☐ Dies habe ich zur Kenntnis genommen und werde solche Leistungen nur in Anspruch nehmen, weil ich die Erbringung dieser Leistung ausdrücklich wünsche und diese Leistungen gemäß den oben genannten Gebührenordnungen bereit und in der Lage bin persönlich zu bezahlen.

Terminvereinbarung

Wir sind eine Terminpraxis mit Chirurgie und nehmen uns ausreichend Zeit für Sie und ihre OP!

- ☐ OP-Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 48 Stunden vorher absagen, da hier sonst die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.
- ☐ Für die Wahrnehmung des Termins ist eine physische Versicherungskarte (gesetzlich versichert) zwingend erforderlich, ansonsten bin ich damit einverstanden und in der wirtschaftlichen Situation, die Kosten der Behandlung privat zu übernehmen.

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

Sehr geehrte Patienten, sie sind von einem Kollegen zu einer Behandlung oder zur Anfertigung eines Röntgenbildes überwiesen worden. Zur Aufnahme in unsere Kartei werden wir personenbezogene Daten von Ihnen speichern. Diese Daten dienen nicht zu Marketingzwecken und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Auch werden Sie von uns keine E-Mails mit Werbung oder mit Aufforderungen zu Folgeterminen erhalten. Allerdings stehen wir im regen Austausch mit den Kollegen, die Sie an uns überwiesen haben. Es ist in Ihrem Interesse, dass wir Ihrem Überweiser die Informationen über unsere Behandlung, Röntgenbilder oder Befunde zur Verfügung stellen. Dafür bitten wir Sie hiermit schriftlich um Erlaubnis.

- ☐ Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E - Mail an die Praxis 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:
