



## Anamnesebogen

### Patient

Vorname: \_\_\_\_\_  
Nachname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße & Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl & Ort: \_\_\_\_\_  
Handynummer: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

### 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  
Herzschriftmacher  Ja  Nein  
Welchen? \_\_\_\_\_  
Herzoperation  Ja  Nein  
Welche? \_\_\_\_\_  
Herzklapenersatz  Ja  Nein  
Welchen? \_\_\_\_\_

##### Kreislauferkrankungen

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  Bonelos  Didronel  Dipros  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 Ihnen 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: