

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

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

Wir, das Team der Praxis ZAHNMEDIZIN am SÜDER MARKT, 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.

PATIENTENDATEN

Name _____ Titel _____
Vorname _____ Geburtsdatum | -ort _____
Straße | Hausnummer _____ PLZ | Ort _____
Telefon (privat) _____ Telefon (mobil)* _____
Beruf** _____ Hausarzt*** _____
E-Mail* _____

WIE SIND SIE VERSICHERT?

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- Gesetzlich versichert
 Privat versichert

Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung?

Krankenkasse _____
Krankenkasse _____
 Ja Nein

VERSICHERTER

Falls abweichend vom Patienten

Name _____ Vorname _____
Straße | Hausnummer _____ PLZ | Ort _____
Geburtsdatum _____ Telefon (privat) _____

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Zutreffendes bitte ankreuzen.

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

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Allergien | Wenn ja, welche? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Herzfehler künstliche Herzklappe | | <input type="checkbox"/> Endokarditisprophylaxe |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Ohrensausen Tinnitus | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <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"/> Schlaganfall | |
| <input type="checkbox"/> Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen | | Sonstige Erkrankungen _____ | |

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

** Freiwillige Angabe | diese Information kann hilfreich für die Behandlung sein.

*** Freiwillige Angabe | wenn die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bezüglich einer Einwilligung auf Sie zu.

LEIDEN ODER LITTEN SIE UNTER FOLGENDEN INFERTIONSKRANKHEITEN?

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- | | | | |
|--|-------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> HIV AIDS | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> COVID-19 |
| <input type="checkbox"/> Krankenhauskeime (z.B. MRSA etc.) | | <input type="checkbox"/> Sonstige Infektionskrankheiten | |

NEHMEN SIE MEDIKAMENTE EIN?

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blutdruckmedikamente | <input type="checkbox"/> Herzmedikamente | <input type="checkbox"/> Bisphosphonate | <input type="checkbox"/> Cortison (Kortikoide) |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Antidepressiva | <input type="checkbox"/> Insulin | |
| <input type="checkbox"/> Blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, Xarelto®, Eliquis®, Pradaxa®, ASS® oder Heparin | | | |

Sonstige Medikamente? _____

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

Wenn ja, gegen welche? _____

SONSTIGE ANGABEN

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein Wenn ja, in welcher Woche? _____

Rauchen Sie? Ja Nein Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

Schnarchen Sie? Ja Nein

Wann war Ihre letzte Röntgen-Untersuchung im Bereich der Zähne? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? *Freiwillige Angabe - hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik.

- | | | | |
|-----------------------------------|---|---------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> doctolib | <input type="checkbox"/> Google | <input type="checkbox"/> Website | <input type="checkbox"/> Flyer |
| <input type="checkbox"/> Jameda | <input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung | <input type="checkbox"/> Außenwerbung | |

ALLGEMEINE HINWEISE

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann.

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 es in Ausnahmefällen dennoch zu Wartezeiten kommen kann.

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 TEAM DER PRAXIS ZAHNMEDIZIN am SÜDER MARKT

DR. JULIA RÖTTGER | ZAHNÄRZTIN

Süder Markt 7 | 45699 Herten | T 02366 9393936 | F 02366 9377717

M praxis@zahnmedizin-suedermarkt.de | W zahnmedizin-suedermarkt.de