

Anmeldebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung darauf abstimmen zu können. Füllen Sie deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Informationen, die Sie auf freiwilliger Basis geben und die nicht direkt dem Zweck der zahnmedizinischen Behandlung dienen, sind mit einem Stern (*) gekennzeichnet.

Beachten Sie bitte auch unsere Hinweise am Ende dieses Fragebogens. Sollten Sie Fragen haben, geben wir Ihnen gerne Auskunft.

Ihre persönlichen Daten

Patient			
Vorname	Name	geb.	Geburtsort
Versicherter (falls abweichend von Patient)			
Vorname	Name	geb.	
Adressdaten			
Festnetztelefon		/ Mobiltelefon	
Straße		PLZ	Ort
Angaben zur Krankenversicherung			
Krankenkasse	<input type="checkbox"/> gesetzliche Kasse	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	
	<input type="checkbox"/> Privatkasse	<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	
Hausarzt		ggf. Facharzt	
Name		Name	

Um Wartezeiten zu vermeiden, führen wir unsere Praxis nach dem Bestellsystem. Bitte vereinbaren Sie deshalb vor einem Besuch einen Termin. Bitte haben Sie Verständnis, wenn es aufgrund von Notfällen dennoch hin und wieder zu Verzögerungen kommen kann. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, so teilen Sie uns dies bitte spätestens 24 Stunden vorher mit. Wir weisen Sie darauf hin, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass wir Sie für einen langen Behandlungstermin (länger als eine Stunde) ca. eine Woche vorher per Post, E-Mail oder SMS an diesen Termin erinnern. Bitte teilen Sie uns mit, wenn Sie keine Erinnerung wünschen.

Sollten Sie keine Gelegenheit gefunden haben, vor dem Besuch in unserer Praxis Ihre Zähne zu putzen, erhalten Sie gerne an unserem Empfang eine Einmalzahnbürste, um Versäumtes nachzuholen.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung bzw. nach einer Lokalanästhesie und/oder Medikamentengaben eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns diese Aufklärung durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

_____ Datum

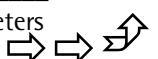
_____ Unterschrift des Patienten / des gesetzlichen Vertreters

Datenschutz / Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)). Eine Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten liegt im Wartezimmer zur Einsichtnahme. Durch ihre Unterschrift bestätigen Sie uns die Kenntnisnahme dieser Information.

_____ Datum

_____ Unterschrift des Patienten / des gesetzlichen Vertreters



Fragebogen zur Gesundheit

Ihre Antworten auf die folgenden Gesundheitsfragen dienen uns zur Einschätzung Ihres Gesundheitszustands, zur individuellen Behandlungsplanung und zur Vermeidung medizinischer Notfälle. Die schriftliche Beantwortung bzw. das Ausfüllen des vorliegenden Anamnesebogens durch Sie ist freiwillig, die generelle Beantwortung der Gesundheitsfragen jedoch nicht. Die Nutzung eines Erfassungsbogens zur standardisierten, geordneten und effektiven Erfassung Ihrer Anamnese ist ein inzwischen seit Jahrzehnten bewährtes Verfahren. Sollten Sie das Ausfüllen des Erfassungsbogens nicht wünschen, werden wir Sie selbstverständlich trotzdem behandeln, sofern Sie uns in einem persönlichen Gespräch alle Gesundheitsfragen dieses Bogens beantworten; die Erfassung der Antworten erfolgt dann durch eine(n) unserer Mitarbeiter(innen) in Ihrer Patientenakte. Wir weisen Sie darauf hin, dass eine Behandlung in unserer Praxis ohne vorherige Beantwortung der Gesundheitsfragen nicht möglich ist.

Die einmalige Beantwortung der Gesundheitsfragen vor Ihrer Erstbehandlung in unserer Praxis ist notwendig, jedoch für Folgebehandlungen nicht ausreichend. Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes vor jeder Behandlung unaufgefordert mit. Zur Erinnerung bitten wir Sie einmal jährlich durch Ausgabe des Erfassungsbogens und mit Bitte um erneutes Ausfüllen um Angabe möglicher Änderungen.

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen **Gesichtsschmerzen** rechts links beidseits

Herz-/ Kreislaufferkrankungen:

Hoher Blutdruck ja nein
Niedriger Blutdruck ja nein
Herzklappenfehler ja nein
Herzklappenersatz ja nein
Herzschritmacher ja nein
Endokarditis ja nein
Herzoperation ja nein

Hochgradige Neutropenie ja nein
Mukoviszidose-Erkrankung ja nein
Organtransplantiert ja nein
Stammzellentransplantiert ja nein

Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein
Asthma/Lungenerkrankungen ja nein
Blutgerinnungsstörungen ja nein
Diabetes/Zuckerkrankheit ja nein
Drogenabhängigkeit ja nein
Nervenerkrankung ja nein
Nierenerkrankungen ja nein
Ohnmachtsanfälle ja nein
Osteoporoseerkrankung ja nein
Raucher ja nein
Rheuma/Arthritis ja nein
Schilddrüsenkrankung ja nein
Sonstige Erkrankungen: ja nein

Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein
Lebererkrankung/Hepatitis ja nein
Tuberkulose ja nein
Infektionskrankheiten (z. B. MRSA) ja nein
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK) ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
Antibiotika ja nein
Schmerzmittel ja nein
Metalle

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
Wenn ja, in welchem Monat? Monat

Sind bei Ihnen bereits in einer anderen Praxis
zahnärztliche Röntgenbilder gemacht worden?
Wenn ja, wann?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit?.....

Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate? ja nein seit

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? ja nein seit

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? ja nein seit

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva? ja nein seit

Wurden bei Ihnen Operationen im Krankenhaus durchgeführt? ja nein Datum:

Ich verpflichte mich, über alle gesundheitlichen Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Datum

Unterschrift des Patienten / des gesetzlichen Vertreters