

## Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir benötigen neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung darauf abstimmen zu können. Füllen Sie deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Beachten Sie bitte auch unsere Hinweise.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ Tel. privat \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Email-Adresse \_\_\_\_\_

Für Kassenpatienten: Wir brauchen Ihre Krankenversichertenkarte bei Ihrem Besuch in unserer Praxis. Liegt diese uns auch 10 Tage nach der Behandlung nicht vor, so müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Sie erhalten eine Rechnung nach der aktuellen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Wir sind eine reine Bestellpraxis und immer bemüht Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie vereinbarte Termine mindestens 24 STUNDEN vorher abzusagen.

Wir sind berechtigt unentschuldigte Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten GOZ in Rechnung zu stellen.

Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen. Dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Haben sie eine **Zahnzusatzversicherung**? Ja  Nein

Wünschen Sie eine Erinnerung an Ihre nächste Kontrolluntersuchung (**Recall**)? Ja  Nein

### **Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.**

### **Zustimmung zur Speicherung personenbezogener Daten** gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck meiner Behandlung durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per 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).

Die Info-Mappe über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie im Wartezimmer.

Ich stimme außerdem zu, dass meine Behandlungsunterlagen (Röntgenbilder, Berichte, Modelle etc.) bei Bedarf an meine behandelnden/ überweisenden Ärzte/ Zahnärzte / Zahntechniklabor übermittelt werden.

Hiermit bestätige ich, dass Sie mich namentlich aufrufen dürfen.

Bitte teilen Sie uns alle Änderungen, auch Ihres Gesundheitszustandes, unaufgefordert mit.

Berlin, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

## Anamnesebogen

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien (Stoffe, Medikamente oder Lokalanästhesie)? Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja  Nein

Wenn ja, welche Stoffe sind dort genannt? \_\_\_\_\_

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten? **Wenn ja, an welchen?**

Infektionskrankheiten (z. B. Tuberkulose, Hepatitis A,B,C, HIV, MRSA)?	Ja <input type="checkbox"/> _____ Nein <input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen ein HIV Test durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?	Ja <input type="checkbox"/> _____ Nein <input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen?	Ja <input type="checkbox"/> _____ Nein <input type="checkbox"/>
Kreislaufkrankungen (z. B. hoher oder niedriger Blutdruck)?	Ja <input type="checkbox"/> _____ Nein <input type="checkbox"/>
Nieren-, Blasen-, Leber-, Magen-, Darmerkrankung (z. B. Niereninsuffizienz, Gelbsucht)	Ja <input type="checkbox"/> _____ Nein <input type="checkbox"/>
Stoffwechselstörungen (z. B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen)	Ja <input type="checkbox"/> _____ Nein <input type="checkbox"/>
Blutkrankheit oder Blutgerinnungsstörungen?	Ja <input type="checkbox"/> _____ Nein <input type="checkbox"/>
Gehirn- und Nervenerkrankungen? (z. B. Anfallsleiden, Migräne, Depressionen)	Ja <input type="checkbox"/> _____ Nein <input type="checkbox"/>
Andere Erkrankungen?	Ja <input type="checkbox"/> _____ Nein <input type="checkbox"/>

Ursache Ihres Zahnbesuches? \_\_\_\_\_

Haben Sie Beschwerden, wenn Sie kauen? Zahnfleischbluten? Mundgeruch? Knackgeräusche? Knirschen/ Pressen Sie mit den Zähnen? Wenn ja, welche? Ja  \_\_\_\_\_ Nein

Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt? Ja  Wann? \_\_\_\_\_ Nein

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft, wenn ja, in welcher Woche? Ja  \_\_\_\_\_ Nein

**Verkehrstüchtigkeit:** Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

Berlin, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_