

Anmeldebogen mit Anamnese

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Patient

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Adresse: _____
E-Mail privat: _____

Wer ist Hauptversicherter?

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Telefonnummern

Privat: _____
Mobil: _____
Geschäftlich: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____

Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen
Dienstes? ja nein
Krankenkasse: _____
Pflichtversichert: ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Haben Sie einen Pflegegrad? ja nein Welchen? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an einer Allergie? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Asthma? ja nein

Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung? ja nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung (Endokarditis, Herz OP)? ja nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Haben Sie Gerinnungsstörungen/ nehmen Sie Blutverdünner ja nein

Haben Sie einen hohen Blutdruck? ja nein
niedrigen Blutdruck? ja nein
Haben Sie Diabetes? ja nein
Nehmen Sie Bisphosphonate ein (Osteoporose)? ja nein
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja nein
Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? ja nein
HIV Hepatitis B Hepatitis C
Nehmen Sie Medikamente ein (ASS, Marcumar)? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine Nierenerkrankung? ja nein
Leiden Sie unter Migräne? ja nein
Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung? ja nein
Welchen? _____
Rauchen Sie? Wie viel? _____ ja nein
Depressionen ja nein
Epilepsie ja nein
Sind Sie schwanger? ja nein
Wenn ja, in welcher Woche? _____

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

Eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung ja nein
Sonstiger Grund _____
Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein
Blutet Ihr Zahnfleisch? ja nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja nein
Sind Ihre Zähne gelockert? ja nein
Haben Sie Geräusche im Kiefergelenk? ja nein
Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk? ja nein
Hatten Sie innerhalb der letzten zwei Jahre eine Röntgenuntersuchung? ja nein
Wünschen Sie eine Lachgas-Sedierung? ja nein
Wünschen Sie eine Aufklärung zu Implantaten? ja nein
Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? ja nein
Möchten Sie darüber eine Beratung? ja nein

Ich bin bereit am Recall- und Terminerinnerungs-Service teilzunehmen ja nein

per E-Mail per SMS

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls werden mir anfallende Kosten (behandlungsfreie Leerlaufzeiten in der Praxis) in Form einer Ausfallgebühr i.H.v. 25 EUR pro angefangene halbe Stunde in Rechnung gestellt.

Kempton, Datum

Unterschrift

Datenschutzerklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass die personenbezogenen Daten meiner Krankenversicherungskarte sowie die erhobenen Daten bezüglich Diagnose und Therapie bei der Allgäu-Zahn MVZ GmbH gespeichert und verwendet werden. Die Information zur Speicherung meiner Daten gem. Art. 13 und 14 DSGVO habe ich erhalten.

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).

Datum, Unterschrift Patient/-in, Betreuer, Erziehungsberechtigter