



Anamnesebogen

Bevor wir uns in Ruhe Ihrer zahnmedizinischen Situation zuwenden und uns über Ihre Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine individuelle und sichere Behandlung. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns auch künftige Änderungen umgehend mit. Sollten Sie Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Persönliches

Name/ Vorname _____ Geburtsdatum _____
 Straße/ Nr. _____ PLZ/ Ort _____
 E-Mail _____ Telefon/ Mobil _____

Name des Kostenträgers (Krankenkasse oder private Versicherung) _____

gesetzlich versichert privat versichert Basistarif versichert Standardtarif versichert
 freiwillig versichert beihilfeberechtigt privat zusatzversichert Nicht versichert

Wenn Sie nicht selbst versichert sind, wer ist Versicherter?

Name/Vorname _____ Geburtsdatum _____
 Straße/ Nr. _____ PLZ/Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name/Ort _____ Telefon _____

Liegt eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des §15 SGB V vor? ja nein

Wenn ja, welcher Schweregrad? _____

Haben Sie eine Gesetzliche Betreuung/Vollmacht?

Wenn ja, wer ist das? _____

(Bitte Betreuung/Vollmacht, Betreuerausweis/Vollmacht & Personalausweis mitbringen!)

Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Krankenhauseskeim MRSA	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Creutzfeldt-Jakob	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
TBC	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hepatitis A/B/C	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tumor/ Karzinom/Krebs	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
HIV-Infektion	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herzklappenersatz/-fehler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Künstliche Gelenke	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				

Sonstige: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Blutverdünner ein? ja nein Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Bisphosphonate ein oder haben Sie welche in der Vergangenheit bekommen? ja nein

Haben oder hatten Sie Allergien und wenn ja, welche? (Sie können uns auch Ihren Allergiepass vorlegen.) _____

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Bestehen bei Ihnen Suchterkrankungen? ja nein

Bitte beachten Sie:

- Unsere Behandlungsstühle sind bis zu einem Maximalgewicht von 135 kg bzw. 165 kg zugelassen. Sollten Sie dieses Gewicht überschreiten, so lassen Sie es uns wissen. Wir werden einen alternativen Weg für Ihre Behandlung finden.
- Nach einer örtlichen Betäubung im Mund-, Gesichts- und Kieferbereich kann Ihr Verhalten im Straßenverkehr unter Umständen beeinträchtigt sein!
- Wir sind eine reine Bestellpraxis. Sollten Sie Ihren Termin nicht einhalten können, teilen Sie uns das bitte möglichst frühzeitig mit!
- Als gesetzlich versicherte/-r Patient/-in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen sonst die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen.

Datenschutz

Ansprechpartner in dieser Praxis für den Datenschutz

Dr. Julia Droste-Leiwesmeier
Lüttdörf 1, 24647 Wasbek, Tel.04321 66600
Email: info@zahnarzt-wasbek.de

Datenschutzaufsichtsbehörde für Schleswig Holstein

ULD (Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz)
Holstenstr. 98 24103 Kiel Tel. 0431 9881200**Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht**

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).

 ja nein

Ich willige ein, dass die ZAHNARZTPRAXIS WASBEK für die fortlaufende Behandlung von meinem vorherigen Zahnarzt, behandelndem Hausarzt, Mund - Kiefer – Gesichtschirurgen und Kieferorthopäden Unterlagen/Auskünfte einholt bzw. auch weitergibt. Ebenso willige ich in den Schriftverkehr mit den Krankenkassen, Laboren und Physiotherapeuten ein.

 ja nein

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung meiner Daten in der Praxissoftware einverstanden.

 ja nein**Recall**

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden und wünsche per Post, E-Mail oder telefonisch an meine Vorsorgeuntersuchung erinnert zu werden.

 ja nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung und Verarbeitung meiner persönlichen Daten zu.

Datum _____ Unterschrift _____

In eigener Sache:

Wie/ durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____