

ANAMNESEBOGEN

PATIENTENDATEN

Patient/-in: _____
Name Vorname Geburtsdatum

ANSCHRIFT

Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Tel. privat* _____ mobil * _____

Tel. beruflich* _____ E-Mail* _____

Arbeitgeber _____

Wenn Sie als Patient/-in nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist versichertes Mitglied?

Versicherte/r: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Versicherung: gesetzliche Versicherung Zahnzusatzversicherung Kostenerstattung
 privat versichert beihilfeberechtigt Basistarif

Versichert bei: _____

TEILNAHME AM RECALL UND ERINNERUNGSSERVICE

Zum Erhalt meiner Zahngesundheit und der Gewährleistungsansprüche möchte ich künftig über meinen nächsten Kontroll- bzw. Vorsorgetermin informiert werden. Die Teilnahme am Erinnerungsservice ist unverbindlich und ich kann sie jederzeit widerrufen.

Bitte benachrichtigen Sie mich per: E-Mail Anruf (Bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich).

Neuss, den _____ Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten _____

EINWILLIGUNG IN ERHEBUNG, VERARBEITUNG UND NUTZUNG PERSONEN-BEZOGENER DATEN (GEM. ART. 9 ABS. 2 DSGVO)

Alle Angaben wie auch die Gesundheitsfragen unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und den Regelungen zum Datenschutz. Eine Erklärung zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO halten wir für Sie zur Einsicht bereit. Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig und werden nur zur Kommunikation im Rahmen der Behandlung genutzt. Auf Antrag habe ich das Recht auf Auskunft, welche personenbezogenen Daten über mich gespeichert wurden. Ich habe das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen.

Neuss, den _____ Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten _____

GESUNDHEITSFragen

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Nein Ja

Wenn Ja, geben Sie bitte den Namen des Arztes an

Werden Sie von einem Hausarzt betreut?

Nein Ja

Wenn Ja, geben Sie bitte den Namen an

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein Ja

Wenn Ja, welche:

Besteht bei Ihnen Verdacht auf Allergie / Überempfindlichkeit / Unverträglichkeit?

Nein Ja

Wenn Ja, gegen welche Materialien / Medikamente?

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Nein Ja

Herz-Kreislaufkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz) Herzschrittmacher Herzinfarkt, wann? _____
 Herzrhythmusstörungen Herzklappenersatz Herzasthma, Angina Pectoris
 zu hoher Blutdruck zu niedriger Blutdruck Schlaganfall
 Gerinnungsstörung

Nehmen Sie ein Medikament zur Blutverdünnung?

Nein Ja

Vegetative Erkrankungen:

Schwindel, Ohnmachtsanfälle? Nein Ja
 Chronische Erkrankungen der Atemwege (Asthma)? Nein Ja

Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes)? Nein Ja
 Magen-Darm-Erkrankungen? Nein Ja
 Schilddrüsenerkrankungen, Niereninsuffizienz? Nein Ja

Erkrankungen des Nervensystems:

Epileptiforme Anfälle, Krämpfe, Multiple Sklerose? Nein Ja

Augenerkrankungen:

Glaukom (Grüner Star)? Nein Ja

Infektionskrankheiten:

Chronische Erkrankungen der Atemwege Tuberkulose
 Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A / B / C) Aids (HIV)

Knochenerkrankungen:

Osteoporose
 Bekommen oder bekamen Sie jemals eine Bisphosphonattherapie? Nein Ja

Sonstige Erkrankungen:

Röntgen:

Wann wurden Sie zuletzt im Kopf-Kiefer-Bereich geröntgt? _____

Schwangerschaft:

Wenn ja, im wievielten Monat? _____ Nein Ja

Rauchen:

Nein gelegentlich täglich, _____ Stück

Abhängigkeiten:

Sind oder waren Sie alkoholabhängig / drogenabhängig? Nein Ja

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse wahrheitsgemäß und informieren uns, wenn sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat.

Neuss, den _____

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten _____