

Liebe Patienten,

ein Zahnarztbesuch ist Vertrauenssache. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Um die Behandlung optimal auf Sie abstimmen zu können und um Komplikationen zu vermeiden, bitten wir Sie, diesen Bogen komplett auszufüllen.

Auf der ersten Seite können Sie uns auch Ihre Wünsche zur Behandlung mitteilen und uns sagen, worauf Sie besonders Wert legen.

Die zweite Seite betrifft Informationen zu gesundheitlichen Problemen, die wir benötigen, um das Risiko der Behandlung für Sie so gering wie möglich zu halten. Wir weisen Sie darauf hin, dass das Ausfüllen dieses Anamnesebogens auf freiwilliger Basis erfolgt.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht gem. §2013 StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Sprechen Sie über alle unklaren Punkte mit uns! Wir geben Ihnen gerne Auskunft!

Vielen Dank

Das Team der Zahnarztpraxis Dr. Witte

Patient

Name:.....

Vorname:.....

Straße:.....

PLZ/Ort:.....

Geb. Datum:.....

Telefon privat:.....

Mobil:.....

Telefon Arbeit:.....

E-Mail:.....

Hausarzt:.....

Gewicht:.....kg

Größe:.....cm

Versicherter

Name:.....

Vorname:.....

Straße:.....

PLZ/Ort:.....

Geb. Datum:.....

Telefon privat:.....

Ich wünsche eine Beratung zu

- Mundgesundheitsvorsorge (Prophylaxe)
- sichere Amalgam-Entfernung
- Zahnersatz
- Lückenschluss mit Implantaten
- Feste Zähne statt Teilprothese
- Feste Zähne statt Totalprothese
- Verbesserung des Prothesenhalts
- Keramik-Versorgung
- Zahnaufhellung
- Verschönerung der Zähne
- Sonstiges

.....
.....

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

Termin-Erinnerung (Recall): Service für Sie:

- Ich möchte an notwendige Kontrolltermine erinnert werden:
- per Telefon
- per E-Mail
- per SMS
- per Post

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).

Weiter auf Seite 2

Vor Behandlungsbeginn benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Teilen Sie uns Änderungen bitte stets mit. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Zudem bin ich verpflichtet, Sie darauf hinzuweisen, dass nach der Gabe von Betäubungsmitteln die Fähigkeit zur Teilnahme am Straßenverkehr und zur Bedienung von Maschinen eingeschränkt sein kann.

Erkrankungen
 Herz-Kreislaufkrankungen.
 Welche?.....

- Herz-Schrittmacher
- Herzklappenersatz
- Herzinfarkt / Endokarditis
- Schlaganfall
- Blutdruckprobleme
- Blutgerinnungsstörung
- Blutungsneigung
- Diabetes
- Tumorerkrankungen
- Wundheilungsstörung
- Nervenerkrankungen
- Epilepsie
- HIV/AIDS
- Tuberkulose
- Grauer/Grüner Star
- Schilddrüsenerkrankung
- Osteoporose
- Asthma/Lungenerkrankung
- Depressionen/Psychosen
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Hepatitis. Welche?.....
-
-

Medikamente
 Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?
 nein ja, welche:

-
-

Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose oder gegen Krebs ein?

- nein ja, welche:
-

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

- nein ja, welche:
- Marcumar Herz-Ass

- Pradaxa Clopidogrel
-

Haben Sie Allergien?

- nein ja, und zwar
-
-
-

Haben Sie einen Allergiepass?

- nein ja

Rauchen Sie?

- nein ja:
- Wie viel?

Schnarchen Sie?

- nein ja
- Leiden Sie an Schlafapnoe?
- nein ja

Trinken Sie Alkohol?

- nein ja
- Regelmässig? Wieviel?
-

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-/Kieferbereich geröntgt?

- nein ja

Für Patientinnen:
Sind Sie schwanger?

- nein ja:
- In welchem Monat

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben sowie Ihr Einverständnis mit den Behandlungsbedingungen. Darüber hinaus bestätigen Sie mit ihrer Unterschrift die Datenschutzerklärung zur Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person gem. § 13 DGVSÖ gelesen zu haben und erklären sich mit der Speicherung und Verarbeitung der Daten einverstanden. In Ihrem Interesse bitten wir Sie, uns jegliche gesundheitlichen Veränderungen und veränderte Medikamenteneinnahme mitzuteilen. Vielen Dank.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten