



Liebe Patienten,

für die Behandlung beim Zahnarzt können eventuell vorhandene oder durchgemachte Erkrankungen von Bedeutung sein. Um Sie bestmöglich betreuen zu können, bitten wir Sie, Ihre Daten und den Anamnesebogen gewissenhaft auszufüllen.

Persönliche Daten:

Familienname: Vorname:

Straße: PLZ: Ort:

Krankenkasse: Vers. Nr.: Geb. Dat.:

Telefon: Email:

Dienstgeber: Dienstort:

Mitversichert bei (Nur ausfüllen, wenn Patientin ein/e Angehörige/r ist)

Familienname: Vorname:

Straße: PLZ:

Krankenkasse: Vers. Nr.: Geb. Dat.:

Anamnesebogen (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten?	JA	NEIN
Asthma		
Allergien Wenn ja, welche?		
Bluthochdruck		
Diabetes		
Herz- und Kreislaufstörungen		
Herzfehler		
Schlaganfall		
Rheuma		
Osteoporose		
Infektionskrankheiten (Hepatitis, AIDS, etc.) Wenn ja, welche?		
Nehmen Sie laufend Medikamente ein? Wenn ja, welche?		
Neigen Sie zu Nachblutungen?		
Leiden Sie an Epilepsie?		
Leiden Sie an einer anderen, hier nicht aufgeführten Krankheit? Wenn ja, welche?		
Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?		
Rauchen Sie?		
Sind Sie an hochwertiger, innovativer Zahnheilkunde interessiert? (z.B.: Implantate, Keramikversorgung, Laser usw.)		
Sind Sie an professioneller Zahnreinigung und Aufklärung über Zahnpflege interessiert? (Entfernen von Zahnverfärbungen, Bleichen, ...)		



Was ist der Grund Ihres Besuches?

Besondere Wünsche und Erwartungen?

Zustimmungserklärung zum Umgang mit persönlichen Daten

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns ein besonderes Anliegen!

Wir verarbeiten Ihre Daten ausschließlich auf Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen und nutzen diese Daten, um Sie medizinisch bestens betreuen und Sie an wichtige Termine erinnern zu können. Sie haben das Recht auf Auskunft über die gespeicherten Daten, auf Berichtigung unzutreffender Daten, auf Löschung von Daten, auf Einschränkung der Verarbeitung von Daten, auf Datenübertragbarkeit sowie auf Widerspruch gegen die unzumutbare Datenverarbeitung.

Persönliche & Gesundheitsdaten:	<input type="checkbox"/> JA
Ich stimme zu, dass mein behandelnder Arzt personenbezogene Daten in seinem System hinterlegt, um mich medizinisch bestens betreuen zu können.	<input type="checkbox"/> NEIN

Versand von Termininformationen:	<input type="checkbox"/> SMS
Ich stimme zu, dass mir Termininformationen und Erinnerungen zugesandt werden.	<input type="checkbox"/> Telefon

Aufnahme von Bildern:	<input type="checkbox"/> JA
Zur Dokumentation und zur Behandlungsunterstützung sind manchmal Bildaufnahmen nötig die auch den Patienten erkennbar zeigen können. Ich stimme zu, dass Bildaufnahmen gemacht werden.	<input type="checkbox"/> NEIN

Übermittlung von Patientendaten:	<input type="checkbox"/> JA
Ich stimme zu, dass mein behandelnder Arzt personenbezogene Daten (Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum, Adresse, Diagnose und damit zusammenhängende Angaben) an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen, in deren Behandlung ich mich befinde oder begeben, insbesondere zum Zweck der Befunderstellung übermitteln darf.	<input type="checkbox"/> NEIN

Annahme von Befundberichten:	<input type="checkbox"/> JA
Ich stimme zu, dass mein behandelnder Arzt bei Zuweisungen zu anderen Ärzten oder medizinischen Einrichtungen einen Befundbericht über das Ergebnis der Zuweisung erhält.	<input type="checkbox"/> NEIN

Datum: Unterschrift: