

Anamnese und Anmeldebogen

A Name

Anschrift _____

Geburtsdatum _____

Telefon privat _____

Krankenkasse _____

dienstlich/mobil _____

Sehr verehrte Patientin, sehr verehrter Patient,

verschiedene Krankheiten können Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung nehmen. Deshalb benötigen wir einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der zahnärztlichen Schweigepflicht.

B Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen ?

Falls Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| 1 Allergie (welche) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 2 Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 3 Diabetes (welcher Typ) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 4 Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 5 Künstliche Gelenke | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 6 Herz-Kreislauf-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |

z. B. Herzinsuffizienz, -schwäche, -infarkt, -rhythmusstörungen, -schrittmacher, -klappenerkrankung, hoher oder niedriger Blutdruck, Durchblutungsstörung

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| 7 Infektionskrankheiten (welche) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 8 Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 9 Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 10 Osteoporose | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 11 Rheumaerkrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 12 sonstige Erkrankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| 13 Medikamentenunverträglichkeiten? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ |

C Weitere Fragen

14 Name Ihres Hausarztes/Facharztes _____

Anschrift Ihres Arztes _____

15 Frühere Operationen? (welche) nein ja _____

16 Nehmen Sie Medikamente ein? (welche) nein ja _____

Nehmen Sie Bisphosphonate ein? nein ja _____

D Wünschen Sie bei Bedarf eine Behandlung mit örtlicher Betäubung (Spritze)? nein ja

E Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft oder eine mögliche Schwangerschaft? nein ja

F Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

Professionelle Zahnreinigung

Bleaching

Keramikversorgungen

Implantate

- G** Für Gesetzlich Versicherte: Haben Sie eine Zusatzversicherung? nein ja
- H** Für Privatversicherte: Sind Sie beihilfeberechtigt? nein ja
 Sind Sie nach einem Sozialtarif der PKV versichert (Basis- oder Standardtarif)? nein ja
- I** Möchten Sie an Vorsorgeuntersuchung/professionelle Zahnreinigung per eMail erinnert werden? nein ja
 eMail - Adresse: _____
- J** Ist der Unterzeichner Erziehungsberechtigter / gerichtlich bestellter Betreuer? nein ja
 Bei Minderjährigen: Besteht ein gemeinsames Sorgerecht? nein ja
 Name, Anschrift: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet zu haben.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Patient/in, Erziehungsberechtigter, gerichtlich bestellter Betreuer

Hinweise zur Datenverarbeitung in unserer Dentalpraxis gemäß DS-GVO und BDSG

Im Rahmen der Behandlung erheben wir in unserer Praxis Daten zu Ihrer Person, Versicherungsstatus und dem Gesundheitszustand. Diese Daten werden entsprechend der datenschutzrechtlichen Vorgaben behandelt und zum Zwecke der Kontaktaufnahme, Dokumentation (inkl. intraoraler Foto's, Zahnmodelle) und Abrechnung verarbeitet. Empfänger der Daten sind z. B. gesetzliche Krankenkasse, KZVB. Kontaktdaten werden gelöscht, sofern diese nicht mehr benötigt werden und keine Aufbewahrungspflicht besteht. Behandlungsdaten werden für mind. 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung und max. 30 Jahre (z. B. § 28 Abs. 3 Röntgenverordnung) gespeichert.

Einverständniserklärung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten

Ich _____ erkläre mich einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Dentalpraxis Dr. Rudolf Pernegger offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist, dass meine Behandlungsdaten und Befunde (inkl. Röntgenaufnahmen) bei anderen behandelnden Ärzten (z. B. Vorbehandler, Hausarzt, MKG, KFO) und Leistungserbringern (z. B. Zahntechniker, Labore, Kliniken, Krankenkasse, Steuerberater) zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung angefordert werden, dass die mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermittelt werden. Die Praxismitarbeiter dürfen mich telefonisch, per eMail (Info wie Recall erfolgt unverschlüsselt) oder Post über anstehende Untersuchungen und die Ergebnisse informieren.

Informationen dürfen an folgende Angehörigen, nach vorherigen Identitätsüberprüfung, weitergegeben werden:

Name: _____ Geb.: _____ Anschrift: _____

Name: _____ Geb.: _____ Anschrift: _____

Name: _____ Geb.: _____ Anschrift: _____

Ich wurde darauf hingewiesen, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit (§203 StGB) schriftlich verpflichtet sind. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Patient/in, Erziehungsberechtigter, gerichtlich bestellter Betreuer

Vielen Dank für Ihre Mithilfe und eine erfolgreiche Behandlung wünscht Ihnen Ihre Dentalpraxis

Dr. Rudolf Pernegger und Team