

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) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ | _____ |
| 16 Nehmen Sie Medikamente ein? (welche) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ | _____ |
| 17 Nehmen Sie Bisphosphonate ein? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ | _____ |

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

E Für Gesetzlich Versicherte: Besitzen Sie ein Bonusheft? Bei ja, bitte vorlegen nein ja

Haben Sie eine Zusatzversicherung? nein ja

Für Privatversicherte: Sind Sie beihilfeberechtigt? nein ja

Sind Sie nach einem Sozialtarif der PKV versichert (Basis- oder Standardtarif)? nein ja

F Möchten Sie an Vorsorgeuntersuchung/professionelle Zahnreinigung per eMail erinnert werden? nein ja

eMail - Adresse: _____

G Ist der Unterzeichner Erziehungsberechtigte/r, Bevollmächtigte/r, gerichtlich bestellte/r Betreuer/in? nein ja

H Bei Minderjährigen: Besteht ein gemeinsames Sorgerecht? nein ja

Name: _____

abweichende Anschrift: _____

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Schmerzausschaltung. Obwohl dies ein sicheres und erprobtes Verfahren ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten nicht ausgeschlossen.

Hämatom / Nervschädigung

Durch Verletzung kleiner Blutgefäße kann es zur Einblutung in das Gewebe kommen. Dies kann zu Schmerzen, Einklinkung der Mundöffnung oder in seltenen Fällen zu einer Infektion führen. In sehr seltenen Fällen kann es bei Anästhesie, vor allem im Unterkiefer, zur Irritation der Nerven kommen. Dadurch kann es zu vorübergehenden bzw. bleibenden Gefühlsstörungen an der Zunge und der Unterlippe kommen. Äußerst selten ist der temporäre, aber völlig reversible Ausfall der Gesichtsmotorik.

Selbstverletzung / Verkehrssicherheit

Durch die Gefühllosigkeit des betäubten Gewebes, kann es bei verfrühter Nahrungsaufnahme zu Verletzungen der Zunge, Wangen oder Lippen kommen.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Ihre Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit aufgrund von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung bzw. auch aufgrund einer möglichen Stresssituation einer zahnärztlichen Behandlung beeinträchtigt sein kann.

- I Wünschen Sie bei Bedarf (z.B. Füllung, Zahnentfernung o.ä.) eine Behandlung unter Berücksichtigung der oben genannten Risiken mit Lokalanästhesie (Spritze)? nein ja

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet zu haben, die Aufklärung sorgfältig gelesen und verstanden zu haben.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Patient/in, Erziehungsberechtigte/r, Bevollmächtigte/r, gerichtlich bestellte/r Betreuer/in

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 Fotos, 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. Ich wurde darauf hingewiesen, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit (§203 StGB) schriftlich verpflichtet sind.

Informationen dürfen an folgende Angehörige, nach vorheriger Identitätsüberprüfung, weitergegeben werden:

Name: _____ Geb.: _____

Name: _____ Geb.: _____

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Patient/in, Erziehungsberechtigte/r, Bevollmächtigte/r, gerichtlich bestellte/r Betreuer/in

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

Dr. Rudolf Pernegger und Team