

Informations- und Anamnesebogen

Bitte beantworten Sie die untenstehenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau. (Zutreffendes bitte ankreuzen / unterstreichen / evtl. ergänzen) Alle Informationen und Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden streng vertraulich behandelt. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir Ihnen bei der Beantwortung gern behilflich. Bitte sprechen Sie uns an.

Zahnarztpraxis
Dipl. Stom. Andrea Fuchs
Wurzner Straße 154a
04318 Leipzig
0341/2322442

Name, Vorname: _____
Anschrift – Straße: _____
Tel. privat: _____
Hausarzt : _____

Geburtsdatum: _____
PLZ: _____ Ort: _____
E-mail: _____

Herz-Kreislaufkrankungen

Bluthochdruck Ja Nein _____
Niedriger Blutdruck Ja Nein _____
Herzklappenerkrankung / Herzklappenersatz Ja Nein _____
Herzoperationen / Herzschrittmacher Ja Nein _____
Herzerkrankungen / -infarkt / -rhythmusstörungen Ja Nein _____
Endokarditis Ja Nein _____
Besitzen Sie einen Herzpass? Ja Nein _____

Infektionserkrankungen

Tuberkulose Ja Nein _____
Hepatitis Ja Nein _____
HIV Ja Nein _____

Allergien gegen

Antibiotika Ja Nein _____
Schmerzmittel Ja Nein _____
Lokalanästhetika / Spritzen Ja Nein _____
Sonstige Ja Nein _____

Weitere Erkrankungen

Erkrankungen blutbildender Organe / Blutgerinnungsstörungen Ja Nein _____
Asthma / Atemwegserkrankungen Ja Nein _____
Zuckerkrankheit (Diabetes) Ja Nein _____
Anfallsleiden (Epilepsie) Ja Nein _____
Osteoporose (Behandlung mit Spritzen oder Infusionen?) Ja Nein _____
Tumorerkrankungen Ja Nein _____
Nierenfunktionsstörungen / Lebererkrankungen Ja Nein _____
Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein _____
Psychische Erkrankungen Ja Nein _____
Glaukom (Grüner Star) Ja Nein _____
Sonstige Ja Nein _____

Allgemeine Angaben und Informationen

Frühere Operationen Ja Nein _____
Regelmäßige Einnahme von Medikamenten, wenn JA welche?
Bitte auf Rückseite Notieren Ja Nein _____
Raucher / Alkoholenuss / Drogenkonsum Ja Nein _____
Schwangerschaft/Stillzeit Ja Nein _____
Besitzen Sie einen Pflegegrad bzw. eine Eingliederungshilfe Ja Nein _____
Möchten Sie an Ihren Kontrolltermin per Mail/Telefon erinnert werden? (Recallservice) Ja Nein _____
Besitzen Sie eine Zahnzusatzversicherung Ja Nein _____

Ich verpflichte mich, Sie über alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, entsprechend zu informieren. Mir ist bekannt, dass ich in meiner Entscheidung frei bin, diesen Anamnesebogen auszufüllen und dass die Angabe der darin erfragten Informationen freiwillig sind. Ich bin darüber informiert worden, dass ich ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde innehabe.

Leipzig, den _____ Unterschrift _____

Datenschutz

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Abrechnung der erbrachten Gesundheitsdienstleistungen und gefertigten zahntechnischen Leistungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen oder privat Zahnärztlichen Versorgung zu. Diese Zustimmung kann ich jederzeit schriftlich an die Praxis widerrufen (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).

Leipzig, den _____ Unterschrift _____

Erklärung zur Entbindung der Schweigepflicht

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Weitergabe meiner Informationen, Behandlungsunterlagen oder Röntgenbilder an Mitbehandler, Zahntechnik oder Überweiserpraxis zu, wenn dies zum Zwecke meiner Weiterbehandlung von Nöten ist.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht jederzeit widerrufen kann.

Leipzig, den _____ Unterschrift _____