



Anamnesebogen/Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung darauf abstimmen zu können. Füllen Sie deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Beachten Sie bitte auch unsere Hinweise am Ende dieses Fragebogens. Sollten Sie Fragen haben, geben wir Ihnen gerne Auskunft.

Patient

Name Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort Telefonnummer

Handynummer E-Mail

Arbeitgeber Telefonnummer

Hauptversicherter

Name Vorname Geburtsdatum

Für Patientinnen

Sind Sie schwanger?

ja nein

Wenn ja, in welchem Monat?

Wir bitten um Mitteilung, falls während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt.

Allgemeinmedizinische Auskünfte

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Vertragen Sie bestimmte Medikamente **nicht**?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen sie **blutverdünnende** (gerinnungshemmende) Medikamente?

ja nein

Wenn ja, welche? _____



Haben Sie eine **Allergie?**(Allergiepass) ja nein
Wenn ja, welche Stoffe sind dort genannt? _____

Leiden Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?

Herzerkrankungen? (z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschwäche) ja nein

Haben Sie einen **Herzschrittmacher?** ja nein

Haben Sie eine **künstliche Herzklappe?** ja nein

Kreislaufferkrankungen (z. B. hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Stoffwechselstörungen (z. B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Atemwegserkrankungen (Asthma) ja nein

Gehirn- und Nervenerkrankungen (z. B. Anfallsleiden, Migräne, Depression) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Erkrankungen des Bewegungsapparates (z. B. Rheuma, Gicht) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nieren- / Blasen- / Leber- / Magen- /Darmerkrankung (z. B. Niereninsuffizienz, Gelbsucht) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Erkrankung des blutbildenden Systems (z.B. Blutarmut, Bluter) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an folgenden Infektionskrankheiten?

HIV (AIDS) ja nein

Hepatitis ja nein

Tuberkulose (Tbc) ja nein

Creutzfeld-Jacob (CJ) ja nein

MRSA ja nein

Röteln, Mumps, Masern, Scharlach ja nein

Sonstige Infektionskrankheiten _____

Nehmen Sie regelmäßig **Alkohol** oder **Drogen** zu sich? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Zahnmedizinische Auskünfte

Traten bei Ihnen bei einer zahnärztlichen Behandlung Komplikationen auf? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine Pflegestufe? ja nein

Wenn ja, in welchem Grad sind Sie eingestuft? _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja nein

Bitte teilen Sie uns **Änderungen Ihres Gesundheitszustandes** unaufgefordert mit.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung bzw. nach einer Lokalanästhesie und/oder Medikamentengaben eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns diese Aufklärung durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.



Datenschutz / Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundes-Datenschutzgesetz (BDSG)). **Eine Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben wir Ihnen ausgehändigt (siehe Wartezimmer).** Bitte bestätigen Sie uns den Erhalt der Information durch Ihre Unterschrift am Ende der letzten Seite.

Erinnerungs-Service

Hiermit willige ich ein, dass die Praxis Dr. Schmidt und Partner mich für wichtige Angelegenheiten im Bezug auf meine Behandlung wie zum Beispiel Terminbestätigungen, Terminverschiebungen etc. telefonisch oder per Mail kontaktieren kann.

Abtretungsvereinbarung

Aus Gründen der ärztlichen Schweigepflicht und im Interesse eines reibungslosen Ablaufes Ihrer Behandlung und unserer Verwaltung möchten wir sicherstellen, dass Rechtsbeziehungen ausschließlich zwischen unserer Praxis und Ihnen als unserem Patienten und Partner des Behandlungsvertrages bestehen. Aus diesem Grunde bitten wir Sie, nachfolgende Abtretungsvereinbarung zu unterzeichnen.

Sämtliche Ansprüche, die aus dem zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten jeweils getroffenen Behandlungsvertrag resultieren, werden von dem Patienten/Zahlungspflichtigen an Dritte weder abgetreten noch verpfändet.

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie den oben aufgeführten Punkten dieses Schreibens zu.
Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift gesetzlicher Vertreter