



## Anamnese-Fragebogen

Patient Herr/Frau Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_  
Mitglied/Versicherter Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_  
Anschrift PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Straße/Nr. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Berufliche Tätigkeit \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse/Privatkrankenkasse \_\_\_\_\_

Beihilfeberechtigt  zusätzlich versichert  freiwillig versichert

### Allgemeine Situation

Medikamentenallergie (z.B. Penicillin) ja / nein

Blutdruck: niedrig  normal  hoch

Herzerkrankungen/Herzrhythmusstörungen

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

Nehmen Sie Blutverdünner (z.B. Marcomar, ASS)?

Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, HIV)

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Schilddrüsenerkrankung

Nehmen Sie z.Zt. Medikamente ein?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel/Tag? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Pflegegrad, welchen? \_\_\_\_\_

### Zahn-Mund Situation

Zahnfleischbluten ja / nein

Zahnfleischrückgang

Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Kauen)

Schmerzen im Kopf oder im Nacken?

Sind Sie mit der Stellung/Farbe/Form Ihrer Zähne,

kurz: mit Ihrem „Lächeln“ zufrieden?

Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt?

Vor \_\_\_\_\_ Monaten

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja \_\_\_\_\_ (Woche) Nein  Ungewiss

(Wegen des Mutterschutzes bitten wir um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt!)

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands unverzüglich mitzuteilen.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter) \_\_\_\_\_

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die gesamte Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie rechtzeitig (d.h. möglichst 48 Std. vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen.

### Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 7 DSGVO

Ich stimme hiermit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge, der Abrechnung gegenüber der KZV Sachsen-Anhalt oder externen anderen Abrechnungsstelle sowie der Kooperation mit sonstigen, im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden Dienstleistern (Dentallabor, Röntgenstelle etc.) durch die oben genannte Zahnarztpraxis zu.

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO)

ja  nein

Datum, Unterschrift Patient (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter) \_\_\_\_\_