



## ANAMNESEBOGEN

Patient: Name, Vorname ..... Geburtsdatum: .....

Name, Vorname des Versicherten ..... Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

Tel. privat: ..... Handy: .....

E-Mail-Adresse: .....

Ausgeübte Tätigkeit: ..... Arbeitgeber: .....

Tel. dienstlich: .....

Krankenkasse/Privatversichert: ..... ☐ Ich bin beihilfeberechtigt

Aktueller Hausarzt: .....

### Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Behandlungen?

#### Herz

- ☐ Herzinsuffizienz
- ☐ Herzklappenfehler
- ☐ Zustand nach Infarkt, wenn ja, wann?  
.....
- ☐ Rhythmus Störungen
- ☐ Bypass Operation
- ☐ Herzklappenersatz
- ☐ Schrittmacher
- ☐ Andere, hier nicht aufgeführte
- ☐ Herzerkrankungen? Welche?  
.....
- ☐ Nehmen Sie für die Erkrankung Medikamente? Welche?  
.....
- ☐ Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente  
(ASS, Marcumar, Xeratlo, etc.) Welche?  
.....

#### Kreislauf

- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Angina pectoris
- ☐ Schlaganfall, wenn ja, wann?  
.....
- ☐ Nehmen Sie für die Erkrankung  
Medikamente? Welche?  
.....

#### Atemwegserkrankungen/Lunge

- ☐ Asthma
- ☐ Bronchitis:  
Akut? ..... Chronisch?
- ☐ Nehmen Sie hier für Medikamente?  
.....

#### Leber

- ☐ Leberinsuffizienz
- ☐ Hepatitis, wenn ja? Welche?
- ☐ Nehmen Sie hier für Medikamente?  
.....

#### Nieren

- ☐ Niereninsuffizienz
- ☐ Dialyse
- ☐ Andere Nierenerkrankungen? Welche?  
.....
- ☐ Nehmen Sie hier für Medikamente?  
.....

#### Infektionserkrankungen

- ☐ HIV/ADIS
- ☐ Andere Infektionskrankheiten? Welche?  
.....

BITTE WENDEN



#### Organverpflanzungen

- ☐ Wenn ja? Was? .....
- ☐ Benötigen Sie eine Antibiotikaphylaxe?

.....

#### Bewegungsapparat

- ☐ Rheuma
- ☐ Gicht
- ☐ Arthrose
- ☐ Osteoporose
- ☐ Andere, hier nicht aufgeführte Erkrankungen? Welche?

.....

- ☐ Nehmen Sie für die angekreuzte Erkrankung Medikamente? Welche?

.....

#### Künstliche Gelenke

- ☐ Wenn ja? Wo? .....
- ☐ Benötigen Sie eine Antibiotikaphylaxe?

.....

#### Zentrales Nervensystem

- ☐ epileptische Anfälle
- ☐ Nervenentzündung
- ☐ psychiatrische Erkrankungen
- ☐ Parkinson
- ☐ Multiple Sklerose (MS)
- ☐ Nehmen Sie für die angekreuzte Erkrankung Medikamente? Welche?

.....

#### Stoffwechselerkrankungen

- ☐ Diabetes/Zuckerkrankheit
- ☐ Erkrankung der Schilddrüse
- ☐ Nehmen Sie hier für Medikamente?

.....

#### Andere Erkrankungen

- ☐ Tumorerkrankungen (Bestrahlung/Chemotherapie)
- Wo? ..... Wann? .....

- ☐ Haben Sie hier nicht aufgeführte Erkrankungen?

.....

.....

.....

.....

.....

#### Sonstige medizinische wichtige Informationen

- ☐ Nehmen Sie regelmäßig Nikotin, Alkohol, oder Drogen zu sich? Welche?

.....

- ☐ Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? Welche?

.....

Besitzen Sie einen Allergiepass?

- ☐ Ja ☐ Nein

- ☐ Sind Sie z. Zt. schwanger?

In welchem Monat? .....

Geburtsstermin? .....

- ☐ Wurden Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt? Wenn ja, wo?

.....

Besitzen Sie einen Röntgenpass?

- ☐ Ja ☐ Nein

#### Haus- oder Facharzt

- ☐ Sind Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung? Wenn ja, wer ist Ihr behandelnder Haus- oder Facharzt?

.....

Ort/Datum

Unterschrift

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Im Rahmen Ihrer Behandlung müssen wir Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versicherungsstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand erheben.

Hierfür benötigen wir Ihr Einverständnis!



## DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

---

Für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7, Abs. 1 lit. A DSGVO

### **Einverständniserklärung, die ich jederzeit schriftlich widerrufen kann:**

- ☐ Ich habe die Datenschutzinformation gelesen und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten unter Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht in der Praxis gespeichert und verarbeitet werden.
- ☐ Ich bin nicht einverstanden.

Ich bin ☐ einverstanden/ ☐ nicht einverstanden, dass meine Daten über die gesetzliche Frist hinaus gespeichert werden, damit sie für künftige Behandlungen zur Verfügung stehen.

Ich bin ☐ einverstanden/ ☐ nicht einverstanden, dass alle Zahnärzte dieser Praxis, z. B. im Falle von Krankheits- oder Urlaubsvertretungen, sowie weiterbehandelnde Zahnärzte/Chirurgen meine Daten einsehen und entbinde sie untereinander von der Schweigepflicht.

Ich bin ☐ einverstanden/ ☐ nicht einverstanden, dass die Praxis mich an die halbjährlichen Kontrolltermine ☐ schriftlich ☐ per Post oder ☐ per E-Mail erinnert.

E-Mail Adresse: .....

Ich bin ☐ einverstanden/ ☐ nicht einverstanden, dass die Praxis mich an die Folgetermine, die eine Behandlungsdauer von 30 Minuten überschreiten, telefonisch erinnert.

Telefonnummer: .....

Sollten Sie einen Arbeits- oder Schulunfall erlitten haben, melden Sie dieses der Berufsgenossenschaft, damit die Kosten und ggf. Folgekosten von der Berufsgenossenschaft getragen werden.

---

### **Einverständniserklärung - Übermittlung Röntgenbilder/Ärztbriefe per E-Mail**

- ☐ Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass im Rahmen meiner Behandlung Arztbriefe, Röntgenbilder etc. per verschlüsselte E-Mail an weiterbehandelnden Zahnarzt/Chirurgen oder meinen Haus-/Facharzt versandt werden dürfen.
- ☐ Ich bin nicht einverstanden.

Bitte nehmen Rücksicht auf die nachfolgenden Patienten und nehmen Sie Ihre Termine pünktlich wahr.  
Bitte melden Sie sich im Verhinderungsfall mindestens einen Tag vorher in der Praxis um Ausfälle zu vermeiden.  
Für nicht eingehaltene Termine oder nicht abgesagte Termine können wir eine Gebühr berechnen.

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift

- ☐ Ich wünsche keine Kopie dieser Einverständniserklärung!
- ☐ Ich habe eine Kopie dieser Einverständniserklärung erhalten:

.....  
Unterschrift