

Anmeldeformular mit Anamnese

Patient

Name, Vorname		Geburtsdatum / Geburtsort	
Straße		Postleitzahl / Ort	
Telefon privat	Mobil	Tel. geschäftlich*	E-Mail

Versicherter / Zahlungspflichtiger / gesetzlicher Vertreter

(nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben)

Name, Vorname	Geburtsdatum / Geburtsort
---------------	---------------------------

Versicherung

☐ gesetzliche Versicherung

☐ private Versicherung

Hausarzt:

Name, Vorname

Telefon

Sind Sie bei einem Facharzt in Behandlung?

Name, Vorname

Telefon

1. Liegen oder lagen bei Ihnen Erkrankungen vor, an

Herzerkrankungen

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, was?

Haben Sie künstliche Herzklappen?

☐ Ja ☐ Nein

Bluthochdruck?	☐ Ja ☐ Nein
Blutgerinnungsstörung?	☐ Ja ☐ Nein
Lungenerkrankungen (z.B. Asthma)	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, was?	
Leber?	☐ Ja ☐ Nein
Nieren?	☐ Ja ☐ Nein
Haben oder hatten Sie eine Organtransplantation?	☐ Ja ☐ Nein
Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung?	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, wann und welche?	
Leiden Sie unter Reflux?	☐ Ja ☐ Nein

Leiden Sie an Suchterkrankungen?

Nikotin / Alkohol / Drogen	☐ Ja ☐ Nein
----------------------------	---

2. Leiden Sie an

Diabetes?	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja: Spritzen Sie Insulin oder nehmen Sie Tabletten?	☐ Spritzen ☐ Tabletten
Wie war Ihr letzter Langzeitwert?	
Allergien?	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche?	
Rheumatische Erkrankungen?	☐ Ja ☐ Nein
Entzündliche/übertragbare Krankheiten (z.B. Tbc, HIV, Hepatitis, u.a.)	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche?	
Medikamentenunverträglichkeiten?	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, was oder welche?	
Sonstige, nicht aufgeführte Erkrankungen?	

3. Besteht eine Schwangerschaft?

☐ Ja	Monat	☐ Nein
-----------------------------------	-------	-------------------------------

4. Nehmen Sie Medikamente ein?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie Knochenerkrankungen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Medikamente gegen Knochenerkrankungen ein? (z.B. Bisphosphonate)

☐ Ja ☐ Nein

5. Letzte Röntgenaufnahme, wann?

Besitzen Sie ein Röntgennachweisheft?

☐ Ja ☐ Nein

6. Haben Sie einen Pflegegrad?

☐ Ja ☐ Nein

7. Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?

☐ Ja ☐ Nein

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter

Sehr geehrte Patienten,

Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass wir uns gerne genügend Zeit für Sie nehmen.

Deshalb sagen Sie bitte ihre Termine bei Verhinderung 24 Stunden vorher ab. Andernfalls behalten wir uns vor, eine Ausfallpauschale in Abhängigkeit zur eingeplanten Behandlungszeit zu berechnen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter/Versicherter

Bitte wenden →

Sehr geehrte Patienten,

die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogene Daten verarbeitet:

Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte und Zahnärzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z.B. Röntgenbilder).

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privatärztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zwecks der Weitergabe erforderlich ist.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die oben genannten Dritten ein. Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter/Versicherter

Elektronische Patientenakte

Sehr geehrte Patienten,

als zahnärztliche Praxis haben wir die Möglichkeit, Ihre elektronische Patientenakte zu befüllen.
Zudem sind wir als Praxis dazu verpflichtet, gewisse Befunde in Ihre elektronische Patientenakte hochzuladen.
Dies funktioniert allerdings nur, wenn sie dieser Möglichkeit **nicht** widersprochen haben.

Für mehr Informationen diesbezüglich, lesen Sie bitte den Patientenaushang „**Wichtige Hinweise zu Ihrer elektronischen Patientenakte**“ in unserem Wartezimmer.

Haben Sie der Befüllung Ihrer elektronischen Patientenakte aktiv **widersprochen**? ☐ Ja ☐ Nein

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass...

... meine zahnärztlichen Befunde in die elektronische Patientenakte

hochgeladen werden dürfen?

☐ Ja ☐ Nein

... auf meinen Wunsch hin das elektronische Zahnbonusheft befüllt werden soll? ☐ Ja ☐ Nein

... mein Zahnfleischbefund (Parodontaler Screening Index) in meine elektronische Patientenakte

eingefügt werden darf?

☐ Ja ☐ Nein

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter/Versicherter