

# ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und an Ihren Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann, bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.

## PERSÖNLICHE ANGABEN PATIENT

Name

Vorname

Titel

Geburtsdatum, -ort

Straße ~ Nr.

PLZ ~ Ort

Beruf\*

Telefon privat

Telefon mobil\*

E-Mail\*

Hausarzt\*

## WIE SIND SIE VERSICHERT?

Gesetzlich versichert:

Freiwillig  Pflicht

Privat versichert:

Basistarif  Standardtarif

## VERSICHERTER Falls abweichend vom Patienten.

Name ~ Vorname

Geburtsdatum

Straße ~ Nr.

PLZ ~ Ort

Telefon privat

## ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT Zutreffendes bitte ankreuzen.

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden ~ Erkrankungen an den aufgeführten Organsystemen oder wurde eine der folgenden Behandlungen bei Ihnen durchgeführt?

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma  | <input type="checkbox"/> Diabetes          | <input type="checkbox"/> Herzfehler ~ künstliche Herzklappe                           |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                                       | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie   | <input type="checkbox"/> Osteoporose       | <input type="checkbox"/> Gelenke (Rheuma) <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung    |
| <input type="checkbox"/> Immunsuppression                                  | <input type="checkbox"/> Schlaganfall      | <input type="checkbox"/> Endokarditisprophylaxe                                       |
| <input type="checkbox"/> Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen        | <input type="checkbox"/> Allergien         | Wenn ja, welche? _____  |
| <input type="checkbox"/> Andere Erkrankungen, die nicht aufgeführt wurden? | _____                                      |   |

LEIDEN SIE UNTER FOLGENDEN INFEKTIONSKRANKHEITEN? Zutreffendes bitte ankreuzen.

Hepatitis       HIV ~ AIDS       Tuberkulose

NEHMEN SIE MEDIKAMENTE EIN? Zutreffendes bitte ankreuzen.

Blutdruckmedikamente       Herzmedikamente       Cortison (Kortikoide)

Schmerzmittel       Antidepressiva       Bisphosphonate

Blutverdünnende Medikamente \_\_\_\_\_

(z.B. Marcumar®, Xarelto®, Eliquis®, Pradaxa® oder ASS®)

Sonstige Medikamente? \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten?

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

WEITERE MEDIZINISCH RELEVANTE ANGABEN Zutreffendes bitte ankreuzen.

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?

Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?

Wann war Ihre letzte Röntgen-Untersuchung im Bereich der Zähne? \_\_\_\_\_

### WICHTIGE INFORMATIONEN

- ~ Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- ~ Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.
- ~ Ich wurde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann.
- ~ Hinweis zur Organisation: Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, nach §615 BGB privat in Rechnung stellen dürfen.
- ~ Für Privatpatienten: Mir ist bekannt, dass ich die Kosten aller Leistungen, die von Versicherungen oder Beihilfestellen nicht erstattet werden, privat zu tragen habe.
- ~ Für gesetzlich Versicherte: Mir ist bekannt, dass meine Krankenversicherungskarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn der Praxis vorzuliegen hat, da mir ansonsten die Kosten der Behandlung privat in Rechnung gestellt werden.
- ~ Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort ~ Datum

Unterschrift

### HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN ~

#### \*HINWEIS ZU FREIWILLIGEN ANGABEN

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (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). Mir ist bewusst, dass mein etwaiger Widerruf der genannten Einwilligung weder den Zeitraum vor dem Widerruf noch die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung berührt.

Ort ~ Datum

Unterschrift

Ihr Team der Praxis RHEINBLICK DENTAL ~ ZAHNÄRZTE WALDSHUT

