

Allgemeine Angaben

Patientenkontaktdaten	
Familienname:	
Vorname:	
Straße/Hausnummer:	
PLZ/Wohnort:	
Geburtsdatum:	
Versichertenstatus:	
Die sieben nachfolgenden Angaben sind freiwillig!	
Telefonnummer (mobil/privat):	
E-Mail:	
Beruf:	
Hausarzt/Name:	
Hausarzt/Telefonnummer:	
Hausarzt/Anschrift:	

Allgemeinärztliche Anamnese – Teil 1

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN!

Herz-/Kreislaufkrankungen		
Hoher Blutdruck:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenfehler/ -ersatz:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Endokarditis:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzoperation:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Immunsupprimierte Patienten		
Hochgradige Neutropenie:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mukoviszidose-Erkrankung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Organtransplantiert:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stammzellentransplantiert:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Infektiöse Erkrankungen		
HIV-Infektion/Stadium AIDS:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung/Hepatitis:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
MRSA:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK):	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Allgemeinärztliche Anamnese – Teil 2

Sonstige Krankheitsbilder		
Anfallsleiden (Epilepsie):	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma/Lungenerkrankung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes/Zuckerkrankheit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Drogenabhängigkeit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nervenerkrankung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankungen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsanfälle:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Osteoporose Erkrankung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Raucher:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheuma/Arthritis:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Erkrankungen:		
Allergien bzw. Unverträglichkeiten		
Lokalanästhesie/Spritzen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Antibiotika:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schmerzmittel:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Metalle/welche:		
Schwangerschaft		
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, in welchem Monat?	Monat:	
Röntgen		
Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wann?	Monat/Jahr:	
Einnahme von Medikamenten		
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?		
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Größere Operationen		
Größere Operationen im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Künstliche Gelenke?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Zahnärztliche Anamnese

Wenn ja, wo?

1. Haben Sie Schmerzen an den Zähnen? ja

2. Haben Sie Schmerzen am Zahnfleisch? ja

3. Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt? ja

4. Empfinden Sie das Aussehen Ihrer Zähne als Problem? ja

5. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Schmerzen in
rechter/linker oder beiden Gesichtshälften? ja

6. Leiden Sie unter chronischen Kopf-, Hals- oder
Schulderschmerzen? ja

7. Benutzen Sie neben Zahnbürste und Zahnpasta andere
Mundhygiene- Mittel? ja Welche?

8. Waren Sie im vergangenen Jahr in zahnärztlicher
Behandlung? ja Wenn ja, wo?

9. Kommen Sie zur: Kontrolluntersuchung

Beratung

Notfallbehandlung

Reparatur Zahnersatz

Sanierung

DSGVO und Ausfallgebühren

Zustimmung zur Verarbeitung weiterer Daten gemäß DSGVO:

Ich stimme der elektronischen Verarbeitung folgender Daten zu:

- Fotos (intra- und extraoral) in der Bild-Datenbank der Praxis
- Mailadresse im Praxisverwaltungsprogramm
- Terminerinnerung per SMS oder Mail, Recall (Erinnerung an regelmäßige Kontrolluntersuchungen/PZR) per Mail

Ich wurde informiert, dass die E-Mails per SSL/TLS an den Mailserver übertragen, jedoch ohne Verschlüsselung des Inhaltes im Internet über diverse Server weitergeleitet werden und somit von Unbefugten abgefangen werden könnten.

Diese Zustimmung kann jederzeit, aber nur schriftlich widerrufen werden. Die "Information zur Erhebung personenbezogener Daten" ist in der Praxis einsehbar.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 48 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Die vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert und Ihnen werden in der Regel die andernorts vielfach üblichen Wartezeiten erspart. Dies bedeutet jedoch auch: Bei Absage eines Termins weniger als 2 Tage vorher behalten wir uns vor, Ihnen eine Ausfallpauschale zu berechnen, außer an dem Versäumnis trifft Sie keine Schuld. Die Höhe richtet sich nach der Termindauer und reicht von von 40 bis 80 Euro.

Bei einer Einwilligung von Eltern für ihr Kind gilt: Grundsätzlich ist die Einwilligung von beiden Elternteilen einzuholen. Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben.

..... , den
(Ort/Datum)

Unterschrift: