

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
um Ihre bevorstehende Behandlung fachgerecht und risikolos durchführen zu können,
benötigen wir von Ihnen genaue Angaben bezüglich Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer
Krankheitsvorgeschichte, sowie zur Einnahme von Medikamenten.

Patient

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon (privat, mobil, geschäftlich): _____

Geburtsort (pflichtangabe, lt. Röntgenverordnung): _____

e-mail: _____

Beruf: _____ beschäftigt bei: _____

Hauptversicherter (bei Familienversicherung)

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

gesetzliche Krankenkasse : _____
Pflicht versichert ? Freiwillig versichert ? Zusatzversicherung ?

Private Krankenkasse : _____
Basistarif versichert ? Beihilfe berechtigt ? Zusatzversicherung ?

Haben Sie eine Pflegestufe, wenn ja welche? _____

Empfohlen/ Überwiesen durch: _____

Stehen Sie in dauerhafter ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Hausarzt: _____

Bitte zutreffendes **ankreuzen oder unterstreichen**,

wenn Sie wegen einer der folgenden Krankheiten behandelt werden oder wurden:

- Leiden Sie unter Allergien/ Allergiepass vorhanden? (auch Pflaster, Modeschmuck, Latex, Reinigungsmittel)

Wenn ja, welche: _____

- Infektionskrankheiten, z. B. HIV, Aids, Hepatitis A, B, C
- Krebs, Tumore, Bestrahlung im Kopf/ Halsbereich
- Herzerkrankung, Herzschrittmacher, Zustand nach Herzinfarkt

- zu hoher/ zu niedriger Blutdruck (bitte zutreffendes unterstreichen): _____
- Blutarmut: _____
- Medikamente für Blutverdünnung: _____
- Medikamente wie Bisphosphonate: _____
- Osteoporose: _____
- Diabetes (Zuckerkrankheit) : Typ _____
- Magen- Darmerkrankungen, z. B. Morbus Crohn _____
- Asthma oder Atemwegserkrankungen: _____
- epileptische Anfälle / Krämpfe: _____
- Penicillin-Überempfindlichkeit
- Tuberkulose
- Schilddrüsenerkrankung: _____
- Ekzeme: _____
- Ohnmachtsanfälle: _____
- sonstige Erkrankungen:

- Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ?

Sind oder waren Sie drogenabhängig ? Ja Nein

Sind Sie frisch operiert ? Ja Nein

Nur für Frauen: Sind Sie schwanger ? Ja (Woche) Nein

-
- **Ich nehme zur Kenntnis, dass sich die Praxis Burkard & Dr. Rückel das Recht vorbehält, Termine, die nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, mit 100.-€ pro ausgefallener Stunde zu berechnen.**
 - **Ich versichere, sämtliche Änderungen zu den hier dargelegten Angaben unverzüglich mitzuteilen!**

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/in, ggf. gesetzlicher Vertreter)

Wurde bei Ihnen schon einmal eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt?

Haben Sie beim Kauen Beschwerden?

Haben Sie Zahnfleischprobleme/ -rückgang/ -bluten?

Machen Ihre Kiefergelenke Geräusche?

Haben Sie manchmal Druck auf den Ohren , Schwindel oder Tinnitus?

Leiden Sie an Kopfschmerzen oder Druck hinter den Augen?

Leiden Sie unter Schmerzen/ Spannung im Kopf-, Nacken- oder Halsbereich?

Haben Sie manchmal das Gefühl von Trockenheit oder Brennen im Mund?

Haben Sie Probleme, auf Anhieb die richtige Position beim Schließen des Mundes zu finden?

Hatten Sie jemals Beschwerden im Kopf- Nackenbereich nach einem Unfall?

Hatten Sie jemals eine Zahnspange (fest oder herausnehmbar) oder eine Aufbissschiene ?

Sind Sie in orthopädischer Behandlung? Tragen Sie Schuheinlagen?

Wann fand Ihre letzte Zahnbehandlung statt, was wurde gemacht?

Wünschen Sie eine Beratung zur Unverträglichkeit von Zahnmaterialien (Umweltzahnmedizin, biologische Zahnmedizin) ?

Rauchen Sie? Oder haben Sie geraucht? Wenn ja wie viel?

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten
gemäß Art. 6 Abs. 1 Buchst. a), Art. 7 DSGVO

Patient/in:

Name

Geb.-Datum

Adresse (Straße, PLZ, Ort)

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck **der Verarbeitung von persönlichen Angaben (Name, Geb.Datum, Adresse), Gesundheitsdaten, Abrechnungsdaten, Versicherungsdaten, Fotos für Zahnersatz, der Weitergabe per Email an Mitbehandler, Zahntechniker oder Nach- bzw. Vorbehandler, Durchführung eines Recalls** durch die Praxis zu.

Die Speicherung der Daten beläuft sich auf mindestens 10 Jahre.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis 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).

X

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in, ggf. gesetzl. Vertreter

Ja, ich wünsche einen regelmäßigen Recall. (Erinnerung per Post, Email)

X

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in, ggf. gesetzl. Vertreter