MKG RHEINHESSEN
Zentrum für Implantologie, Parodontologie & Kieferchirurgie

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Wir bitten Sie, den Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können.
Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.
Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Datenschutzerklärung
Gemäß Art. 13 DS-GVO informieren wir Sie, dass Ihre personenbezogenen Daten (Kontakt- und Ihre Gesundheitsdaten) auf diesem Anamnesebogen von unserer Praxis zum Zwecke der medizinischen Behandlung auf Basis des jeweiligen Behandlungsvertrags verarbeitet werden. Die hier von Ihnen gemachten Angaben sind erforderlich für die Durchführung der medizinischen Behandlung, die anderenfalls nicht erfolgen kann. Es erfolgt keine Weitergabe von Daten ohne eine entsprechende Rechtsgrundlage oder Ihre Einwilligung. Sie erklären sich damit einverstanden, dass wir im Rahmen Ihrer geplanten Behandlung mit Ihrem überweisenden Arzt/Zahnarzt Kontakt aufnehmen um das weitere Vorgehen abzustimmen. Ferner haben Sie ein Recht auf Widerspruch und Datenübertragbarkeit, etwa bei einem Wechsel Ihres behandelnden Arztes. Die im Rahmen der medizinischen Behandlung verarbeiteten Daten werden spätestens nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Sie haben das Recht zu erfahren, welche Daten über Sie gespeichert sind und, soweit keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bestehen, das Recht auf Löschung Ihrer Daten. Alternativ zur Löschung können Sie in bestimmten Fällen die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verlangen. Einwilligungen können jederzeit von Ihnen widerrufen werden. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren. In seltenen Fällen kann die Verarbeitung von personenbezogenen Daten erforderlich werden, um lebenswichtige Interessen von Ihnen zu schützen, zum Beispiel im Falle einer unvorhersehbaren Notfallbehandlung.
Für weitere Informationen kontaktieren Sie uns gerne unter info@mkg-rheinhessen.de

Persönliches

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Telefon (Privat)	Telefon (Mobil)	Telefon (Arbeit)
E-Mail	Beruf, Arbeitgeber	

Versicherung / Krankenkasse

☐ gesetzlich versichert ☐ privat ☐ privat im Basistarif
☐ Postbeamter ☐ A ☐ B ☐ Beihilfeberechtigt ☐ Zusatzversicherung

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

Überweisender Arzt und Hausarzt

Überweisender Arzt:	Name	Telefon
Hausarzt:	Name	Telefon

Allgemeine Gesundheitssituation

Hoher Blutdruck ☐ Ja ☐ Nein
Niedriger Blutdruck ☐ Ja ☐ Nein
Blutgerinnungsstörung ☐ Ja ☐ Nein
Schlaganfall ☐ Ja ☐ Nein

Herzerkrankung ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche:
☐ Angeborene oder erworbene Herzfehler
☐ Herzklappenfehler oder Herzklappenersatz
☐ Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)
☐ Herzoperationen ☐ Herzbypass/Stents
☐ Herzschrittmacher/Defibrillator
☐ Sonstiges _____

Osteoporose ☐ Ja ☐ Nein
Schilddrüsenerkrankung ☐ Ja ☐ Nein
Rheumatische Krankheiten ☐ Ja ☐ Nein
Diabetes ☐ Ja ☐ Nein
Tuberkulose ☐ Ja ☐ Nein

Allergien ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche: _____

Haben Sie einen Allergiepass? ☐ Ja ☐ Nein
☐ Sonstige Erkrankungen: _____

Alkohol- /Drogenkonsum? ☐ Ja ☐ Nein
Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein

Infektionskrankheit

HIV ☐ Ja ☐ Nein
Hepatitis ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche: ☐ A ☐ B ☐ C
☐ Sonstiges: _____

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn Ja, welche Woche: _____

Medikation

Nehmen Sie Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche:
☐ Herzmedikamente: _____

☐ Schmerzmittel: _____

☐ Blutverdünnende Medikamente (z. B. ASS, Marcumar, Plavix):

☐ zur Knochenstärkung (z.B. Zometa/Prolia):

☐ Sonstige: _____

Haben Sie eine Medikamentenliste? ☐ Ja ☐ Nein
Bekommen sie (monatlich/ halbjährlich) Spritzen? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche: _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

☐ Persönliche Empfehlung ☐ Überweiser
☐ Internet ☐ Sonstige: _____

Haben Sie Fragen oder ein besonderes Anliegen?

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig. Leben Sie als Eltern getrennt oder sind Sie geschieden und besitzen das gemeinsame Sorgerecht für Ihr Kind, müssen Sie beide mit der Behandlung einverstanden sein.

Info

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestell-praxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen / Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so vermieden werden.

Reaktionsfähigkeit

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass infolge einer örtlichen Betäubung die Reaktionsfähigkeit, insbesondere beim Führen eines Fahrzeuges, für ca. 4-6 Stunden beeinträchtigt sein kann.

Mit dieser Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter