



ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Name des Patienten	Vorname	geboren	Beruf
Name des Versicherten	Vorname	geboren	Beruf
Postleitzahl/Wohnort	Straße/Hausnummer	Telefon/Mobil Fax	E-Mail
Krankenkasse	bei Privatversicherung	<input type="checkbox"/> Volltarif	<input type="checkbox"/> Basistarif
Arbeitgeber			
überweisender Zahnarzt/Arzt		Hausarzt/Kinderarzt	

Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht. Wir bitten Sie, die folgenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Die Beantwortung ist wichtig für die Erkennung und Behandlung Ihrer Erkrankung. (Zutreffendes bitte ankreuzen)

1	Herz- und/oder Kreislaufbeschwerden (Endokarditis, Herzschwäche, Infarkt)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2	Bluterkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3	Gerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4	Ohnmachtsneigung, niedriger Blutdruck?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5	Allergien oder Arzneimittelüberempfindlichkeit (generelle Überempfindlichkeiten)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6	Asthma?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8	Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9	Magen-, Darm-, Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

10	Gelbsucht (Hepatitis A, B, C)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11	HIV-Infektion?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
12	Sonstige Krankheiten (Leber, Niere, Darm, Schilddrüse ...) wegen der Sie in ständiger ärztlicher Behandlung oder Überwachung stehen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13	Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
14	Wurden Sie mit Bisphosphonaten (Medikament bei Osteoporose) behandelt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
15	Sind Sie schwanger? In welcher Woche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16	Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
17	Zahnfleischerkrankung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
18	Wünschen Sie Informationen über Implantate?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
19	Wurden Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
20	Sind Sie beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
21	Haben Sie Schmerzen? Wo? Seit wann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Internet Telefonbuch divers Empfehlung von: _____

Ergänzungen _____

Erklärung der Speicherung von personenbezogenen Daten:

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der zahnärztlichen Behandlung und Abrechnung durch die Praxis zu. 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).

Datum

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters