

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

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

Wir, das Team der Praxis GEIB & KOLLEGEN, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Um Ihnen eine Betreuung auf hohem Niveau zu gewährleisten und gezielt auf Ihre individuellen gesundheitlichen und persönlichen Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PERSÖNLICHE ANGABEN PATIENT

NAME | VORNAME

TITEL

STRASSE | HAUSNUMMER

GEBURTSDATUM | GEBURTSORT

POSTLEITZAHL | ORT

TELEFON (PRIVAT)

E-MAIL*

TELEFON (MOBIL)*

HAUSARZT**

BERUF***

KRANKENKASSE | VERSICHERUNG

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Gesetzlich versichert

Freiwillig

Pflicht

Privat versichert

Basistarif

Standardtarif

Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung?

Ja

Nein

Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?

Ja

Nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist versichert?

NAME | VORNAME

GEBURTSDATUM

STRASSE | HAUSNUMMER

POSTLEITZAHL | ORT

TELEFON (PRIVAT)

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

Diabetes

Endokarditis

Herzinfarkt

Herzfehler | künstliche Herzklappe

Herzschrittmacher

Hoher Blutdruck

Niedriger Blutdruck

Stent- | Bypass-OP

Epilepsie

Grüner Star (Glaukom)

Leber

Nieren

Schilddrüse

Magen-Darm-Trakt

Rheuma | Arthritis

Osteoporose

Tumorerkrankung

Immunsuppression

Schlaganfall

Asthma | COPD

Ohrensausen | Tinnitus

Thrombose

Neuralgie

Gelenkprothese

Erhöhte Blutungsneigung

Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen

Hauterkrankungen

Lunge

Erkrankungen der Wirbelsäule

Allergien? Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass?

Sonstige Erkrankungen? _____

Leiden Sie unter folgenden Infektionskrankheiten?

Hepatitis A B C

HIV | AIDS

Tuberkulose

Krankenhauskeime (z.B. MRSA etc.)

Sonstige _____

* Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen

** Freiwillige Angabe – wenn die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bezüglich einer Einwilligung auf Sie zu

*** Freiwillige Angabe – die Information kann hilfreich für die Behandlung sein

NEHMEN SIE MEDIKAMENTE EIN?

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- Bisphosphonate Schmerzmittel Blutdruckmedikamente Herzmedikamente
 Cortison (Kortikoide) Antidepressiva Immunsuppressiva
 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? _____

ANGABEN ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- Leiden Sie unter Zahnschmerzen? Leiden Sie unter Mundgeruch?
 Blutet Ihr Zahnfleisch? Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?
 Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen? Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?
 Wurde bei Ihnen bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?
 Sonstiges: _____

WEITERE ANGABEN ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Freiwillige Angaben – diese Angaben sind für die Behandlung sinnvoll, jedoch nicht zwingend erforderlich

Was führt Sie zu uns? _____

Haben Sie persönliche nachhaltige Wünsche, die wir als Praxis erfüllen sollten? _____

Gab es bei Ihrem vorbehandelnden Zahnarzt Kritik oder Komplikationen? _____

Was wünschen Sie sich langfristig für Ihre Zahngesundheit? _____

SONSTIGE ANGABEN

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____
 Schnarchen Sie?

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

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Freiwillige Angabe – hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik

Für Frauen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein Wenn ja, in welcher Woche? _____

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

HINWEIS ZUR ORGANISATION

Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen.

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).

ORT | DATUM

UNTERSCHRIFT

WIR DANKEN IHNEN HERZLICH FÜR IHRE BEANTWORTUNGSZEIT!
IHR TEAM DER PRAXIS GEIB & KOLLEGEN