



Anamnese-Fragebogen

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.

Persönliche Angaben

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße

PLZ, Ort

Telefon Festnetz

Telefon Arbeit

Telefon Mobil

E-Mail

Beruf, Arbeitgeber

Terminreminder SMS E-Mail

Versicherung

Krankenkasse

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Zusatzversicherung

Basistarif

Beihilfeberechtigt

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße

PLZ, Ort

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Persönliche Empfehlung

Im Vorbeigehen

Anzeige

Überweisender Arzt/Zahnarzt:

Internet:

Sonstiges:

Allgemeine Gesundheitssituation

	ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bösartige Tumorerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

wenn ja, welche:

Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheumatische Krankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

wenn ja, welche:

Sonstige Erkrankungen ja nein

wenn ja, welche:

Mundgesundheitsituation

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

<input type="radio"/> Vorsorgeuntersuchung	<input type="radio"/> Implantate	<input type="radio"/> Schmerzbehandlung
<input type="radio"/> Neuer Zahnersatz	<input type="radio"/> Überweisung Zahnarzt	<input type="radio"/> Beratung
<input type="radio"/> Sonstiges: _____		

	ja	nein
Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dürfen wir Ihnen den Service anbieten, sie halbjährlich/jährlich an Ihre Vorsorge zu erinnern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie noch Fragen oder ein besonderes Anliegen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis - das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert! Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, damit wir diesen Termin anderweitig vergeben können! Lange Wartezeiten können so häufig vermieden werden!

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift:

Ort, Datum

Unterschrift

	ja	nein
Infektionskrankheiten		
HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige: _____		
Nehmen Sie Medikamente ein? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
wenn ja, welche:		
<input type="radio"/> Herzmedikamente: _____		
<input type="radio"/> Cortison: _____		
<input type="radio"/> Schmerzmittel: _____		
<input type="radio"/> Antidepressiva: _____		
<input type="radio"/> blutverdünnende Medikamente: (z. B. ASS, Marcumar, Heparin)		

<input type="radio"/> Bisphosphonate: _____		
<input type="radio"/> Sonstige: _____		
Rauchen Sie? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Sind Sie schwanger? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
wenn ja, in welcher Woche: _____		

Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz

Die im Formular angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, die allein zum Zwecke der Durchführung der Anamnese notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im Folgenden Abschnitt freiwillig erteilen.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte entsprechend an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie die Felder bitte frei.

Ich willige ein, dass mir die Zahnarztpraxis Marcoviceanu & Schubert postalisch/telefonisch/per Mail Informationen bzgl. praxisbezogener Themen (Recall etc.) zuschickt.

.....
[Ort, Datum]

.....
[Unterschrift des Betroffenen]

Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber der Zahnarztpraxis Marcoviceanu & Schubert um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der Zahnarztpraxis Marcoviceanu & Schubert die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an den Vertragspartner übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.