

Anamnesebogen

Patient/in: Nachname: _____ Vorname: _____
geb.am: _____

Anschrift: Straße/Nr.: _____ Land/PLZ/Ort: _____
Tel/Mobil: _____ E-Mail: _____
Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Versicherung: Krankenkasse: _____ Zusatzversicherung: _____

Versicherter: Nachname: _____ Vorname: _____
geb.am: _____

Allgemeine Anamnese	ja	nein	Situation im Mund	ja	nein
Herzerkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zahnfleischbluten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoher Blutdruck:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zahnfleischerkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erhöhte Blutungsneigung:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Geräusche am Kiefergelenk:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutverdünner (Marcumar o.ä.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Sie mit Ihren Zähnen zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV etc.): _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
Diabetes:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
Asthma:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Raucher:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie Interesse an...		
Allergien:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zahnfarbene Füllungen/Zahnersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
welche?: _____			Hellere Zähne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamenteneinnahme:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Professionelle Zahnreinigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
welche?: _____			Prophylaxeartikel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Parodontalbehandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Leiden Sie an einer anderen hier nicht aufgeführten Krankheit? :

Haben Sie eine Pflegestufe (Eingliederungshilfe)? :
Stufe: _____

→ [Bitte wenden](#)

Welches besondere Anliegen führt Sie zu uns in die Praxis? :

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen? :

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt sein kann und bitten Sie, um Änderungen Ihres Gesundheitszustandes (auch Schwangerschaften) unverzüglich mitzuteilen.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

.....

Einwilligungserklärung zur Verarbeitung von Patientendaten

Um Ihnen diese Versorgung bieten zu können, benötigen wir Ihre Einwilligung zur Übernahme Ihrer Daten in unserer Praxis. Daher bitten wir Sie herzlich, folgende Einwilligungserklärung zu unterzeichnen.

Mit meiner Unterschrift erteile ich meine Einwilligung zur:

- Erhebung, Erfassung, Übernahme und zentrale Speicherung meiner Patientendaten mittels EDV, insbesondere der Daten und Informationen die meine Gesundheit betreffen und die für die gesamte Behandlung meiner Person erforderlich sind;
- Nutzung, Verarbeitung und Weiterleitung dieser Daten an die in unserer Praxis tätig behandelnden Ärzte bzw. Therapeuten und deren Medizinisches Fachpersonal, sowie dies für die gesamte Behandlung meiner Person erforderlich ist;
- Das Einverständnis bezieht sich auf die Weiterleitung an die Dritte, wenn dies ausschließlich dem Zweck der Einziehung der ärztlichen Honorarforderung, der buchhalterischen Bearbeitung besagter Forderungen, sowie der Erhebung betriebswirtschaftlicher Kennzahlen dient;
- Entsprechende Behandlung meiner Daten, die ein mich behandelnde(r) Arzt/Ärztin entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen erhoben und in der Gemeinschaftspraxis Dr. Konrad, Dr. Lechner & Kollegen als dort nunmehr tätige(r) Arzt/Ärztin eingebracht hat;
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an berechtigte Personen z.B. Hausärzte, Fachärzte, Klinikärzte und an den Kostenträger übermittelt werden.

Entsprechend den §§19,20,34,35 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) kann ich jederzeit über die Verwendung der Daten Auskunft verlangen oder die Daten – soweit diese nicht mehr zu Einziehung der ärztlichen Honorarforderung und/ oder zur Erfüllung der Aufbewahrungsfristen für Behandlungsdokumentationen benötigt werden – löschen zu lassen.

.....

Datum und Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten: