

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

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

Wir, das Team der Praxis ZAHNMEDIZIN FISCHER UND 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 | Nr.

Geburtsdatum

PLZ | Ort

Telefon (privat)

Telefon (mobil)*

E-Mail*

Hausarzt**

Telefon (Hausarzt)

WIE SIND SIE VERSICHERT?

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Gesetzlich versichert Freiwillig Pflicht

Privat versichert Basistarif Standardtarif

Liegt eine Eingliederungshilfe und I oder ein Pflegegrad vor?

Wenn ja, welcher Grad? _____

Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung?

Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?

VERSICHERTER

(falls abweichend vom Patienten, z.B. für Kinder, Ehegatten)

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße | Nr.

PLZ | Ort

Telefon (privat)

RECHNUNGSEMPFÄNGER

(falls abweichend vom Patienten)

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße | Nr.

PLZ | Ort

Telefon (privat)

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Zutreffendes bitte ankreuzen.

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

Asthma Allergien Wenn ja, welche? _____

Sofern Sie einen Allergiepass besitzen, bringen Sie diesen bitte an die Rezeption zum Einscannen.

Diabetes Schlaganfall Herzinfarkt Herzschrittmacher

Hoher Blutdruck Niedriger Blutdruck Ohrensausen | Tinnitus Epilepsie

Leber Nieren Schilddrüse Magen-Darm-Trakt

Gelenke (Rheuma) Osteoporose Tumorerkrankung Immunsuppression

Herzfehler | künstliche Herzklappe Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen Sonstige Erkrankungen _____

* 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.

Leiden Sie unter folgenden Infektionskrankheiten?

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- Hepatitis A B C HIV I AIDS Tuberkulose
 Krankenhauskeime (z.B. MRSA, etc.) Creutzfeldt-Jakob (CJK) I Varianten CJK

NEHMEN SIE MEDIKAMENTE EIN?

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- Blutdruckmedikamente Herzmedikamente
Wenn ja, welche? _____
 Bisphosphonate Cortison (Kortikoide)
Wenn ja, welche? _____
 Schmerzmittel Antidepressiva
Wenn ja, welche? _____
 Blutverdünnende Medikamente?
 Marcumar® Xarelto® Eliquis® Pradaxa® ASS® Sonstige _____
 Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten?
Wenn ja, gegen welche? _____

WEITERE MEDIZINISCH RELEVANTE ANGABEN

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher Woche? _____
 Rauchen Sie?
 Wann war Ihre letzte Röntgen-Untersuchung im Bereich der Zähne? _____
 Hatten Sie einen operativen Eingriff in den letzten 6 Monaten? Wenn ja, welchen? _____

ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Zutreffendes bitte ankreuzen.

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

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

*Freiwillige Angabe – hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik.

ALLGEMEINE HINWEISE

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 I *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 ZAHNMEDIZIN FISCHER UND KOLLEGEN

DR. THOMAS FISCHER
ZAHNARZT

Stuttgarter Straße 30-32
71701 Schwieberdingen
T 07150 31264
F 07150 31746
praxis@zfk-schwieberdingen.de
www.zfk-schwieberdingen.de