

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

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

Wir, das Team der Praxis DR PATRICK PROBA | KINZIGZAHN, 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.

PATIENTENDATEN

Name _____	Titel _____
Vorname _____	Geburtsdatum _____
Straße Hausnummer _____	PLZ Ort _____
Telefon (privat) _____	Telefon (mobil)* _____
E-Mail* _____	Hausarzt** _____

WIE SIND SIE VERSICHERT?

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Gesetzlich versichert Freiwillig Pflicht Privat versichert Basistarif Standardtarif

Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung? Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?

VERSICHERTER

Falls abweichend vom Patienten.

Name _____	Vorname _____
Straße Hausnummer _____	PLZ Ort _____
Geburtsdatum _____	Telefon (privat) _____

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Zutreffendes bitte ankreuzen.

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

<input type="radio"/> Asthma	<input type="radio"/> Allergien	Wenn ja, welche? _____		
<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Herzfehler künstliche Herzklappe	<input type="radio"/> Endokarditisprophylaxe	<input type="radio"/> Herzinfarkt	
<input type="radio"/> Herzschrittmacher	<input type="radio"/> Hoher Blutdruck	<input type="radio"/> Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> Ohrensausen Tinnitus	<input type="radio"/> Epilepsie
<input type="radio"/> Grüner Star	<input type="radio"/> Leber	<input type="radio"/> Nieren	<input type="radio"/> Schilddrüse	<input type="radio"/> Magen-Darm-Trakt
<input type="radio"/> Gelenke (Rheuma)	<input type="radio"/> Osteoporose	<input type="radio"/> Tumorerkrankung	<input type="radio"/> Immunsuppression	<input type="radio"/> Schlaganfall
<input type="radio"/> 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 | AIDS Tuberkulose
 Creutzfeldt-Jakob (CJK) Krankenhauskeime (z.B. MRSA etc.)

NEHMEN SIE MEDIKAMENTE EIN?

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- Blutdruckmedikamente Herzmedikamente Cortison (Kortikoide)
 Bisphosphonate (z. B. Alendronat | Ibandronat | Zoledronat | Clodronat) Chemotherapie | Zytostatikatherapie
 Denosumab (z. B. Prolia® | XGEVA®) Antidepressiva Schmerzmittel
 Blutverdünnende Medikamente (z. B. Marcumar® | Xarelto® | Eliquis® | Pradaxa® | Lixiana® | ASS® | Clopidogrel | Brilique®)

Sonstige Medikamente? _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten?

Wenn ja, gegen welche? _____

ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

*Freiwillige Angabe – hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik.

- 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 eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?

Sonstiges _____

SONSTIGE ANGABEN

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____
 Schnarchen Sie?
 Für Frauen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher Woche? _____

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

HINWEIS 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

DR PATRICK PROBA | KINZIGZAHN

DR. PATRICK PROBA
Zahnarzt & Fachzahnarzt
für Oralchirurgie

Hauptstraße 24
63589 Linsengericht
TEL 06051 70 10 01
FAX 06051 70 12 60
praxis@kinzigzahn.de
www.kinzigzahn.de