



Anamnesebogen

Wir bitten Sie, diesen Anamnesebogen auszufüllen. Wir benötigen neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme zahmedizinische Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Nachname, Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Name der Krankenkasse

Telefon Mobil

E-Mail

Arbeitgeber Telefon

Versichertendaten (soweit diese von den Patientendaten abweichen)

Versicherter Geburtsdatum

Anschrift

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

	Ja	Nein		Ja	Nein
Herzerkrankung			Herzschrittmacher/künstliche Herzklappen		
Hoher Blutdruck			Niedriger Blutdruck		
Ohnmachtsneigung			Marcumar/Gerinnungshemmer		
Blutungsneigung/Bluterkrankung			Rheuma		
Diabetes			Schilddrüsenerkrankung		
Lebererkrankung			Virusinfektion (z.B. Hepatitis, HIV)		
Magen-/Darmerkrankung			Nierenerkrankung		
Lungenerkrankung			Asthma		
Nasen-/Nebenhöhlenerkrankung			Epilepsie		
Augenerkrankung (grüner o. grauer Star)			Osteoporose		
Besteht eine Schwangerschaft			Nehmen Sie Bisphosphonate		

	Ja	Nein
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? Wenn ja, welche:		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche:		
Reagieren Sie auf bestimmte Medikamente empfindlich Wenn ja, auf welche:		
Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche:		
Haben Sie einen Pflegegrad? Wenn ja, welchen:		
Möchten Sie an Ihren Vorsorgetermin erinnert werden?		
Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.		

Sonstiges

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Patienten/in oder der/des Erziehungsberechtigten

Patienten-Erklärung zur Entbindung der Schweigepflicht über eine wiederkehrende Datenübermittlung

Hiermit entbinde ich

Name, Vorname

die Gemeinschaftspraxis Rudolph und Bruch, Rathausplatz 8a, 37120 Bovenden von ihrer Schweigepflicht gegenüber meinem Hausarzt, einem weiterbehandelnden Arzt/Zahnarzt, dem beauftragten Dentallabor, dem Labor zur Auswertung von mikrobiologischen Proben, Apotheken, Krankenhäusern, Krankenkassen/-versicherungen, Abrechnungsgesellschaften.

An o.g. Stellen dürfen bei Bedarf Daten aus meinen Behandlungsunterlagen gesendet werden, die die/der jeweilige behandelnde Zahnärztin/Zahnarzt der o.g. Praxis für notwendig erachtet.

Darüber hinaus willige ich ein, dass mein/e Zahnärztin/Zahnarzt auf Anforderung der/des weiterbehandelnden Zahnärztin/Zahnarztes weitere Informationen über die betreffende Behandlung erteilt.

Ich bin mit der Benachrichtigung (Recall) für angeratene Zahnarzt-/Prophylaxebesuche und der Bestätigung längerer Termine einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von Schweigepflicht und/oder das Recall-Anschreiben jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Patienten/in oder der/des Erziehungsberechtigten