

Anamnesebogen unserer Praxis

GERMAN

1

Patient

Name

Vorname

Geburtsdatum

Mitglied / Versicherter

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Straße, Nr.

Ort

PLZ

Telefon

Mobil

E-Mail-Adresse

Beruf

Arbeitgeber

Telefon geschäftlich

Name der Krankenkasse

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Allergien, welche?
- Asthma
- Herzerkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Hoher/niedriger Blutdruck
- Blutgerinnungsstörungen

- Infektionen: Hepatitis/TBC/HIV
- Epileptiforme Anfälle
- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Sonstige Erkrankungen
- Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?
- Schmerzen

Zutreffendes bitte ankreuzen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> gelockerte Zähne | <input type="checkbox"/> Möchten Sie an Vorsorgetermine erinnert werden? |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Geräusche im Kiefergelenk (z.B. Gähnen, Kauen) |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie das Gefühl an Mundgeruch zu leiden? | <input type="checkbox"/> Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kieferbereich angefertigt? Wenn ja, wo? |
| <input type="checkbox"/> Wenn ja, wünschen Sie diesbzgl. eine Beratung? | |

Ihr Hausarzt (Name, ggf. Anschrift)

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Rauchen Sie? _____ Wenn ja, wie viele?

Haben Sie Osteoporose?

Sind Sie Schwanger?

Sonstiges

Liebe/r Patient/in,

durch Betäubungsspritzen kann die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt werden!

Termine bitte mindestens 24 Stunden vorher absagen, da sonst die entstehenden Kosten der Praxis in Rechnung gestellt werden müssen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB und den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Wir bitten Sie um vollständige und wahrheitsgemäße Angaben.

Wir bitten um Kenntnisnahme das Rechnungen bis 150€ sofort in bar oder per EC Karte zu Zahlen sind.

Ich stimme der Verwendung meiner Daten im Online Terminbuch zu.

Datum, Ort

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben / Unterschrift

Unser Recall-System

Liebe Patientin, lieber Patient,

haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch? Dann darf ich Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an mich oder meine Mitarbeiterinnen. Wir antworten Ihnen gerne.

Name, Vorname

Adresse

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis 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).

Datum, Ort

Unterschrift Patient/in

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lt. a DSGVO

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Weiterverarbeitung, Abrechnung, Terminierung, Dokumentation etc. durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis 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).

Datum, Ort

Unterschrift Patient/in

Unser Informationssystem

Liebe Patientin, lieber Patient,

damit Sie bestens über unsere Zahnarztpraxis informiert sind, möchten wir Ihnen unsere Leistungen in Form von Informationsmaterial zur Verfügung stellen. Hierzu würden wir Sie gerne zu bestimmten Themen wie z.B. zahnfreundlichen Ernährung, Mundhygiene, Fluoridversorgung und Risikominderung für Karies und Parodontitis etc. informieren. **Dazu gehören auch sämtliche Informationen zu Ihrer anstehenden Behandlung (Aufklärungen, Hinweise o.ä.)** Ich darf Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben wenden Sie sich bitte an mich oder meine Mitarbeiterinnen. Wir antworten Ihnen gerne. Ich bin bereit, an Ihrem Informationssystem teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis 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).

Datum, Ort

Unterschrift Patient/in