

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN



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

Wir, das Team der Praxis DR. GEIB · ZAHNÄRZTE 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

_____	_____	_____
Titel	Name	Vorname
_____	_____	_____
Geburtsdatum · -ort	Straße · Nr.	PLZ · Ort
_____	_____	_____
Beruf*	Telefon (privat)	Telefon (mobil) **
_____	_____	_____
E-Mail **		Hausarzt ***

WIE SIND SIE VERSICHERT?

Gesetzlich versichert	<input type="radio"/> Freiwillig	<input type="radio"/> Pflicht
Privat versichert	<input type="radio"/>	
Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

VERSICHERTER

(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?

<input type="radio"/> Asthma	<input type="radio"/> Allergien	Wenn ja, welche? _____
<input type="radio"/> Haben Sie einen Allergiepass?	<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
<input type="radio"/> Sonstige Erkrankungen: _____		

* Freiwillige Angabe – die Information kann hilfreich für die Behandlung sein.

** 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.

BITTE WENDEN

LEIDEN SIE UNTER FOLGENDEN INFektionsKRANKHEITEN?

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Hepatitis A B C

Krankenhauskeime (z.B. MRSA, etc.)

HIV · AIDS

Tuberkulose

Haben Sie bereits eine COVID-19 Erkrankung durchgemacht?

NEHMEN SIE MEDIKAMENTE EIN?

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Blutdruckmedikamente

Cortison (Kortikoide)

Blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar®, Xarelto®, Eliquis®, Pradaxa® oder ASS®)

Sonstige Medikamente: _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten? Wenn ja, gegen welche? _____

Herzmedikamente

Schmerzmittel

Bisphosphonate

Antidepressiva

ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Leiden Sie unter Zahnschmerzen?

Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?

Sonstiges: _____

Blutet Ihr Zahnfleisch?

Wurde bei Ihnen bereits Kieferorthopädie durchgeführt?

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?

WEITERE ANGABEN ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

* Freiwillige Angaben – diese Angaben sind für die Behandlung sinnvoll, jedoch nicht zwingend erforderlich.

Was führt Sie zu uns? _____

Haben Sie persönliche nachhaltige Wünsche, die wir als Praxis erfüllen sollten? _____

Gab es bei Ihrem vorbehandelnden Zahnarzt Kritik oder Komplikationen? _____

Was wünschen Sie sich langfristig für Ihre Zahngesundheit? _____

SONSTIGE ANGABEN

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?

Rauchen Sie?

Schnarchen Sie?

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

Wann war Ihre letzte Röntgen-Untersuchung im Bereich der Zähne? _____

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 · * 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 DR. GEIB · ZAHNÄRZTE

DR. MED. DENT. REINHARD GEIB

Alzeyer Str. 81 · 55543 Bad Kreuznach · Tel 0671 7948707 · Fax 0671 7948705 · info@zahnarzt-dr-geib.de · www.zahnarzt-dr-geib.de