



ANAMNESEBOGEN

Willkommen in unserer Praxis! Wir freuen uns auf Sie.

Um sich Ihrem Anliegen zielgerichtet und risikolos annehmen zu können, benötigen wir möglichst aktuelle Angaben zu Ihren Personalien und Ihrem momentanen Gesundheitszustand. Daher ist diese wiederkehrende Befragung in best. Zeiträumen unumgänglich. Je genauer Sie dabei mitwirken (Patientenrechtegesetz), umso besser kann der Behandlungserfolg gelingen, und können Zwischenfälle vermieden werden. Selbstverständlich unterliegen sämtliche Informationen der strengen ärztlichen Schweigepflicht (DSGVO). Ihre personenbezogenen Daten können zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Information zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link im Internet <https://www.g-ba.de/beschluesse/4036/>.

Außerdem erfolgt hier ein **Hinweis auf den Umgang mit Ihren Daten** in unserer Praxis: Unser Aushang informiert Sie über den Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihre Rechte diesbezüglich. Bitte fragen Sie danach (Sie willigen hiermit ein, dass Ihr behandelnder Zahnarzt Dr. R. Beierl, w.o., die erhobenen Daten elektronisch verarbeiten darf und vertretungshalber mit Kollegen/innen im Falle der Notwendigkeit sämtliche erforderlichen medizinischen und sonstigen Daten in Bezug auf Ihre Person austauschen darf, soweit dies für die Behandlung nötig ist. Diese Einwilligung schließt auch die in der Praxis tätigen Hilfspersonen sowie das Personal in beauftragten Dentallaboren, Wartungsfirmen und Lieferdiensten mit ein. Sie werden hiermit darüber aufgeklärt, dass Sie diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen können. Über diese Widerrufsmöglichkeit werden Sie hiermit informiert und wissen, dass dann evtl. ein Behandlungsvertrag nicht zustande kommen kann). Bitte bringen Sie dieses Blatt zu Ihrem nächsten Besuch in der Praxis ausgefüllt und unterzeichnet mit. Herzlichen Dank.

Patientgeb.....

Anschrift

evtl. versichert übergeb.....

Anschrift

Telefon privat email-Kontakt.....

Telefon dienstl. Arbeitgeber.....

Gesetzl. Krankenkasse () pflichtversichert () freiwillig versichert

Private Krankenversicherung/ () Eingeschränkter Tarif (z.B.Basistarif,..)

Es wird um Vorlage einer gültigen Krankenversicherungskarte gebeten. Andernfalls muss eine Privatabrechnung erfolgen (§4 BMV-Z).

Ich wurde hierher empfohlen/überwiesen von

Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand : (Angaben verbleiben in Ihrer Patientenkartei)

1. Haben Sie Herzbeschwerden ?
Herzfehler, -klappen, -schrittmacher, -operationen, Endokarditis, Stents,...etc.
2. Sind Sie Asthmatiker oder lungenkrank ?.....
3. Sind Sie Allergiker / auf was ? (Pass)
4. Wie ist Ihr Blutdruck ?

Bitte wenden

5. Liegt eine Bluterkrankung/-verdünnung vor
Gerinnungsstörung, Leukämie ...
6. Ist Ihr Magen/Darmsystem in Ordnung ?
7. Liegt eine Immunschwäche (*HIVpos*) vor ?
8. Sind Sie Infektionsträger (*Hepatitis, HIV, TBC, Covid,...*)?
9. Sind Sie zuckerkrank ? oder leberkrank ?
10. Liegt ein Nerven- oder Anfallsleiden vor (*Epilepsie*)?.....
11. Bestehen derzeit sonstige Erkrankungen ?
12. Vertragen Sie best. Medikamente nicht ? Welche ?
13. Nehmen Sie Medikamente ein (*Medikationsplan*)?
-
14. Liegt eine Schwangerschaft vor (*welche Woche*)?
- Bitte jederzeit unaufgefordert mitteilen*
15. Sind Sie Raucher ? oder Alkoholiker ?
16. Möchten Sie gerne an eine wiederkehrende zahnärztliche Untersuchung (Recall).....
oder an Prophylaxemaßnahmen von uns erinnert werden ?
- Dieser Service wird nur solange aufrechterhalten, solange Sie aktiv daran teilnehmen!*
17. Legen Sie Wert auf eine Versorgung über die Regelversorgung hinaus ?
18. Wünschen Sie ggf. eine örtliche Betäubung?.....
- Aufklärung über Risiken im Gebrauch von örtlicher Betäubung :** Zur Schmerzausschaltung kann eine Lokalanästhesie (=Spritze) zur Anwendung kommen. Komplikationen dabei sind sehr selten, trotzdem aber natürlich möglich. Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet, Sie darauf hinzuweisen. Nebenwirkungen können sein :
 - häufig Schwellungsgefühl, eingeschränkte Beweglichkeit und/oder Funktion
 - gelegentlich Bluterguss, Schmerzen bzw. Missempfinden beim Einstich/Nervberührung
 - selten Entzündung der Einstichstelle, „hängende“ Lippe/Wange, Kreislaufkollaps, Bewusstlosigkeit, anhaltende oder dauerhafte Gefühllosigkeit im Verlaufsgebiet des betäubten Nervs, allergische Reaktion auf Anästhetikum
19. Mein behandelnder **Hausarzt** ist:.....

Terminvereinbarungen, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Einer Speicherung, elektronischen Verarbeitung und Übertrag meiner Daten auf einen weiteren hier tätigen Behandler stimme ich zu. Ich kann von einer strikten Einhaltung der Datenschutzrichtlinien ausgehen.

Ich bestätige die Kenntnisnahme sämtlicher voranstehender Informationen und die Richtigkeit meiner eigenen Angaben.

Ort

.....

Unterschrift

Patient/ Erziehungsberechtigter

Datum