

Anamnese

Für eine individuelle, auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte Behandlung und Beratung benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Bitte füllen Sie Vorder- und Rückseite dieses Bogens vollständig aus. Wir weisen Sie daraufhin, dass wir gesetzlich dazu verpflichtet sind Ihren Gesundheitszustand jährlich erneut abzufragen.

Ihr Name Vorname geb. am

Name, Vorname der/des Versicherten, falls abweichend geb. am

PLZ, Wohnort Straße, Hausnummer Telefon

Email

Arbeitgeber Beruf Pflegegrad

Name und Anschrift des Hausarztes

Name und Sitz der Krankenkasse pflichtversichert freiwillig versichert Zusatzversicherung
 privat versichert Beihilfe nicht versichert

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Erkrankungen	Ja	Nein	Erkrankungen	Ja	Nein
Hämatologische Erkrankungen			Nierenerkrankungen		
- Blutarmut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bluter, Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- chronische Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Erkrankung blutbild. Organe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bewegungsapparat		
Zentrales Nervensystem			- Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Arthrose / Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen			- rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Endokarditis-Prophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Osteoporose / Bisphosnate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Herzschrittmacher, wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vegetatives Nervensystem		
- Herzklappenersatz, wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Herz-OP was? Wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Schilddrüsen-OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Schlaganfall, wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankungen		
- Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Herzinfarkt, wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Koronare Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes		
- Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Diabetes Typ I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Diabetes Typ II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges		
- Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Stens, wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Konsum von Drogen/Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen			Weitere Erkrankungen		
- Asthma / COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- ggf. weitere Erkankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten			_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- HIV / Aids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien		
- Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikamenteneinnahme		
Innere Erkrankungen			- Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Magenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Operationen		
Schwangerschaft			- Wurden OP's bei Ihnen durchgef.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Monat? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir weisen Sie hiermit darauf hin, dass durch eine Betäubung von Zähnen die Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr eingeschränkt ist.

Datum, Unterschrift

Bitte füllen Sie auch die Rückseite/2. Seite aus!

Patientenname		geb. am	
E-Mail			
Handy-Nr.			

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Behandlungsdaten Einverständniserklärung Terminerinnerung

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Weitergabe und Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Durch Ihre zahnärztliche Behandlung ergeben sich Situationen, die die Weitergabe Ihrer Patientendaten an Dritte erforderlich machen. Ich erkläre mich einverstanden und erlaube der Zahnarztpraxis Hergeröder, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten, Zahnärzten, Labore und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung angefordert werden dürfen.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an meine behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Labore und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen.
- die zur Rechnungserstellung notwendigen Daten an externe Abrechnungsunternehmen, Verrechnungsstellen, Labore, und die Kassenzahnärztlichen Vereinigung übermittelt werden darf.
- ich bei umfangreichen Behandlungen an meinen Termin telefonisch, per SMS, per E-Mail oder per Brief erinnert werde. Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4036/>

Alle aufgeführten Stellen unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und dem Datenschutzgesetz.

Mir ist bekannt, dass meine Behandlungsdaten in der Zahnarztpraxis Hergeröder zu Zwecken der Dokumentation gespeichert werden. Alle Mitarbeiter dieser Praxis haben Zugriff auf diese Daten und unterliegen ebenfalls der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes.

Ich möchte am **Terminerinnerungssystem** der Zahnarztpraxis Hergeröder teilnehmen.

Vorsorgeterminerinnerung

Ich wünsche eine halbjährliche Erinnerung an meinen nächsten Vorsorgetermin

- per SMS oder E-Mail
- per Serien-SMS _____/_____
- per E-Mail _____@_____._____
- Nein, danke

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Zahnarztpraxis Hergeröder aus diesem Grund personenbezogene und gesundheitsbezogene Daten von mir zum Zweck der Patienteninformation im Rahmen unseres Terminerinnerungssystems zur zahnmedizinischen Prävention (Rechtsgrundlage gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO) erhebt und speichert.

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).

Betroffenenrechte nach Art. 13 DSGVO finden Sie unter:

<https://zahnheilkunde-schoenberg.de/>

_____, den
Ort

Datum Unterschrift Patient