



Patientendaten:

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße:	
Postleitzahl/ Ort:	
Telefon privat:	
Mobil-Telefon*):	
E-Mail*):	
Beruf*):	
Arbeitgeber*):	
O gesetzlich versichert bei:	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert
O Privat versichert bei:	
O Beihilfeberechtigt bei:	

Sind Patient und Versicherungsnehmer/Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte folgende Angaben ergänzen:

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße/ Hausnummer:	Postleitzahl/ Ort:
Verwandschaftsverhältnis:	



Datum Unterschrift Versicherungsnehmer

Allgemeinmedizinischer Hausarzt*):

Name:	
Ort / Telefon:	

Für Neupatienten

Letzte Zahn-Röntgen-Aufnahme*):	(Datum – wenn nicht älter als 2 Jahre)
Erfolgt durch*):	(Zahnarztpraxis)
Zwecks erster Befundaufnahme, stimme ich der Anforderung meiner Röntgenbilder bei o.g. Praxis zu.*)	



Datum Unterschrift Versicherungsnehmer

*) freiwillige Angabe




Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	

Liebe Patienten/innen,

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie daher, uns diesen Fragebogen einmal im Jahr vollständig auszufüllen.

Aufgrund der neuen Datenschutzgrundverordnung, benötigen wir leider mehrere Unterschriften von Ihnen.

Bitte beachten Sie dazu immer dieses Symbol: .

Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht. Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis!

Bitte **KREISEN** Sie die zutreffende Antwort (**Ja/Nein**) ein.

(ja) (nein) Zustand nach Infarkt	(ja) (nein) Zuckerkrankheit
(ja) (nein) Herzinsuffizienz	(ja) (nein) Schilddrüsenüberfunktion
(ja) (nein) Herzmuskelentzündung	(ja) (nein) Schilddrüsenunterfunktion
(ja) (nein) Verengung der Herzkranzgefäße	(ja) (nein) HIV bzw. AIDS
(ja) (nein) Rythmusstörungen	(ja) (nein) Tuberkulose
(ja) (nein) Bypassoperation	(ja) (nein) Infektionskrankheiten
(ja) (nein) Herzklappenersatz	(ja) (nein) Mukoviszidose (Stoffwechselerkrankung)
(ja) (nein) Schrittmacher	(ja) (nein) Tumor-Erkrankungen
(ja) (nein) niedriger Blutdruck	Art:
(ja) (nein) Bluthochdruck	Wann:
(ja) (nein) Angina pectoris (Brustenge)	(ja) (nein) Chemo-Therapie
(ja) (nein) Durchblutungsstörungen	Wann:
(ja) (nein) Schlaganfall	(ja) (nein) Bestrahlung
(ja) (nein) Blutarmut	Wann:
(ja) (nein) Bluter	(ja) (nein) Bisphosphonate
(ja) (nein) Grauer Star	Wann:
(ja) (nein) Grüner Star	(ja) (nein) Stammzellen transplantiert
(ja) (nein) Asthma	Wann:
(ja) (nein) Morbus Crohn (chronisch-entzündliche Darmerkrankung)	(ja) (nein) hoch dosierte Steroide/ Immundeprimativa
(ja) (nein) Nierenerkrankung	Wann:
(ja) (nein) Dialyse	(ja) (nein) Organ transplantiert
(ja) (nein) Hepatitis: (A) / (B) / (C) / (D) / (E)	Welches
(ja) (nein) Rheuma	Wann:
(ja) (nein) epileptische Anfälle	
(ja) (nein) Migräne	

Anamesefragebogen (III)



Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

- (ja) (nein) Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?
- (ja) (nein) Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?
- (ja) (nein) Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung? Wenn ja, welche?
.....
- (ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?
.....
.....
- (ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich? Wenn ja, welche?
.....
- (ja) (nein) Rauchen Sie? Wenn ja, wieviele Zigaretten am Tag?
- (ja) (nein) Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? Wenn ja, welche?
.....
- (ja) (nein) Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? Wenn ja, welche?
.....
- (ja) (nein) Sind Sie z.Zt. schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?
- (ja) (nein) Haben Sie eine Pflegestufe? Wenn ja, welche?

Weitere administrativ wichtige Informationen*):

- (ja) (nein) Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)
- (ja) (nein) Haben Sie einen erweiterten Bonus von 10 Jahren?
- (ja) (nein) Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?
- (ja) (nein) Haben Sie Interesse an Prophylaxe (Vorsorgemaßnahmen)?
- (ja) (nein) Sind Sie nur in Vertretung bei uns? Ihr Hauszahnarzt ist
.....

Recall-System (Erinnerungsservice) *)

- (ja) (nein) Wünschen Sie eine Erinnerung an Ihre regelmäßige Kontrolluntersuchung?
O 3 Monate
O 6 Monate
- (ja) (nein) Wünschen Sie Ende des Jahres eine Erinnerung, wenn Sie Ihren Bonus für das Jahr noch nicht erfüllt haben?*

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System – bis auf Widerruf – einverstanden.

	Datum
Unterschrift Versicherungsnehmer	

*) freiwillige Angabe

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Zudem möchten wir darauf hinweisen, dass unsere Behandlungsstühle nur bis 135kg zugelassen sind. Bitte sprechen Sie uns an, wenn dies ein Problem sein könnte.

	Datum
Unterschrift Versicherungsnehmer	



Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	

Liebe Patienten/innen,

sicherlich kennen Sie es, dass man ein Gesicht sieht, von dem man genau weiß dass man es kennt, aber man kommt nicht auf den Namen? Oder man kennt den Namen, aber bekommt das Gesicht gerade nicht vor Augen? Wenn man dann ein Foto sieht, kommt der „Ahja-Effekt“. Obwohl wir sehr bemüht sind unsere Stammpatienten mit Gesicht und Namen zu kennen, geht es auch uns leider manchmal so...

Aus diesem Grund würden Sie uns (und vor allem neuen Mitarbeiter/innen) sehr helfen, wenn Sie der Personalisierung Ihrer Kartei mit einem Foto zustimmen würden. Dieses Foto fällt selbstverständlich voll unter Datenschutz und Schweigepflicht und wird unsere Praxis nicht verlassen.

(ja) (nein) Ich stimme der Speicherung eines Gesichtsfotos zu

Zudem verdeutlichen wir gerne Behandlungsmethoden und Ist-Zustände anhand intraoraler Fotos aus Ihrer Mundhöhle (zum Beispiel Behandlungsnotwendigkeit, Vorher- und Nachher-Fotos, Zahnfarbe- und form usw.) Auch hier können Sie uns mit einer Zustimmung unterstützen. Diese Zustimmung können Sie jeder Zeit widerrufen. Natürlich werden auch diese Fotos in der Praxis bleiben und nicht (auch nicht anonym) veröffentlicht werden.

(ja) (nein) Ich stimme der Speicherung intraoraler Fotos zu

Zudem verfügt unsere Praxis über ein Sicherheitssystem, welches mit Kameras in den Zugangsbereichen Eingang und Flur bestückt ist. Diese Kameras zeichnen nur **ausserhalb** der Praxiszeiten als Einbruchschutz-Maßnahme auf. Es sind keine Tonaufnahmen möglich und es gibt auch kein Kamera-System in den Behandlungsbereichen. Wünschen Sie dazu weitere Informationen, schauen Sie gerne auf unseren Kamera-Aushang im Eingangsbereich.

Mir Ihrer Unterschrift bestätigen Sie außerdem, dass Sie zur Kenntnis genommen haben, dass eine ausführliche Datenschutzerklärung nach der EU-DSGVO im Wartezimmer aushängt und ein Ausdruck für Ihre Unterlagen bei Bedarf dort bereit liegt.

(ja) (nein) Ich stimme zu, mit meinem Namen aus dem Wartezimmer aufgerufen zu werden

Zu guter Letzt wäre es noch nett, wenn Sie uns für unsere Statistik mitteilen würden, wie Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden sind (freiwillige Angabe):

.....
.....



Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer