



Zahnarztpraxis
Perid Grutschkowski
 Lindenweg 15
 01609 Röderaue/OT Pulsen



Tel.: 03 52 63/6 14 24
 Fax: 035263/178705

Mail: info@zahnarzt-pulsen.de

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis willkommen zu heißen. Um Sie mit einer optimalen Behandlung zu versorgen, ist es wichtig, Ihren allgemeinen Gesundheitszustand zu kennen. Hierfür bitten wir Sie, den vorliegenden Fragebogen sorgfältig und vollständig auszufüllen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Falls Sie aufgrund akuter Beschwerden einen kurzfristigen Termin erhalten haben, steht heute die Schmerzbehandlung im Vordergrund. Gerne vereinbaren wir mit Ihnen einen weiteren Termin für eine ausführliche, individuelle Untersuchung und Beratung.

Name, Vorname

Anschrift

geb. am

Telefon (privat):

Handy:

Beruf:

Hausarzt/Ort:

Haben Sie einen Pflegegrad (nach § 15 SGB XI)? ja nein **Wenn ja, welchen?.....**
Erhalten Sie Eingliederungshilfe (nach § 53 SGB XII) (z.B. Blindengeld)? ja nein

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? ja nein
Wünschen Sie Kunststofffüllungen gegen Zuzahlung? ja nein

Einverständniserklärung für die Auskunft an Angehörige

z.B. für Terminvereinbarung/-änderung, Mitgabe und Abholung von Unterlagen

Name und Geb.-Datum Angehöriger, Tel.-Nr.:

Name und Geb.-Datum Angehöriger, Tel.-Nr.:

.....
 (Ort, Datum)

.....
 (Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter)



Zahnarztpraxis
Perid Grutschkowski
 Lindenweg 15
 01609 Röderaue/OT Pulsen



Tel.: 03 52 63/6 14 24
 Fax: 035263/178705

Mail: info@zahnarzt-pulsen.de

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Haben Sie Angst vor der Behandlung?

ja nein

Herz-/ Kreislaufkrankungen:

- Hoher Blutdruck ja nein
- Niedriger Blutdruck ja nein
- Herzoperation ja nein
- Herzschrittmacher ja nein
- Herzinfarkt ja nein
- Ohnmachtsanfälle ja nein

Anfallsleiden (Epilepsie)

ja nein

- Asthma/Lungenerkrankg. ja nein
- Blutgerinnungsstörungen ja nein
- Diabetes/Zuckerkrankheit ja nein
- Drogenabhängigkeit ja nein
- Nierenerkrankungen ja nein
- Raucher ja nein

- Osteoporoseerkrankung ja nein
- Schilddrüsenerkrankung ja nein

- Rheuma/Arthritis ja nein
- Organtransplantation ja nein

Infektiöse Erkrankungen:

- HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein
- Lebererkrankung/Hepatitis ja nein
- Tuberkulose ja nein
- Infektionskrankheiten ja nein
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit ja nein
- MRSA ja nein
- Hebatitis C ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
- Antibiotika ja nein
- Schmerzmittel ja nein
- Metalle:
- sonstige Allergien:.....

Sonstige Erkrankungen: ja nein

Wenn ja, welche?:.....

Frühere Operationen: ja nein

Wenn ja, welche und wann(in den letzten 5 J.)

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit? (ggf. bitte Kopie von Medikamentenplan anfügen) Dosierung bitte angeben! -früh-mittags-abends-

.....

.....

.....

.....

.....

- Nehmen Sie Bisphosphonate (bei Osteoporose)? ja nein
- Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? ja nein
- Stehen Sie in Strahlentherapie? ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein, wenn ja, in welchem Monat?..... Monat



Zahnarztpraxis
Perid Grutschkowski
Lindenweg 15
01609 Röderaue/OT Pulsen

Tel.: 03 52 63/6 14 24
Fax: 035263/178705

Mail: info@zahnarzt-pulsen.de



Um keine unnötigen Wartezeiten entstehen zu lassen, bitten wir Sie, Termine pünktlich wahrzunehmen. Sollten Sie dennoch einmal verhindert sein, bitten wir Sie, Termine mindestens 24h vorher abzusagen.

Mir ist bekannt, dass die Behandlungskosten für geplante Leistungen privat in Rechnung gestellt werden, sofern ein Termin versäumt und nicht abgesagt wird.

Mir ist bekannt, dass die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt werden, sofern die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach der Behandlung nachgereicht wird.

Ich habe die Fragen nach bestem Wissen beantwortet und bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter)

Hinweise zum Datenschutz gemäß EU DSGVO
Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter der Praxis zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Zahnärzte und Ärzte, gesetzliche Krankenkassen und die KZV Sachsen, übermittelt werden und angefordert werden. Da mit der unverschlüsselten Übersendung von E-Mails erhebliche Sicherheitsrisiken verbunden sind, ist diese nur zulässig, wenn uns dazu Ihr Einverständnis vorliegt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die "Patienteninformationen zum Datenschutz in unserer Praxis" gelesen und verstanden habe.

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Übermittlung an Dentallabore bei Erstellung von Kostenvoranschlägen, Zahnersatz, Schienen und Modellen 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).

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter)