

Informations- und Anamnesebogen

Bitte beantworten Sie die unten stehenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau. (Zutreffendes bitte ankreuzen / unterstreichen / evtl. ergänzen)

Alle Informationen und Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden streng vertraulich behandelt.

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir Ihnen bei der Beantwortung gern behilflich. Bitte sprechen Sie uns an.

Zahnärztliche Praxisgemeinschaft

Dipl. Stom. Andrea Fuchs

Dipl. Stom. Olaf Lehmann

Wurzner Straße 154a

04318 Leipzig

0341/2322442

Name, Vorname: _____

Anschrift – Straße: _____

Tel. privat: _____

E-mail: _____

Hausarzt : _____

Geburtsdatum: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Herz-Kreislaufkrankungen

Bluthochdruck

Niedriger Blutdruck

Herzklappenerkrankung / Herzklappenersatz

Herzoperationen / Herzschrittmacher

Herzkrankungen / -infarkt / -rhythmusstörungen

Endokarditis

Sonstige

Infektionserkrankungen

Tuberkulose

Hepatitis

HIV

Sonstige

Allergien gegen

Antibiotika

Schmerzmittel

Lokalanästhetika / Spritzen

Metalle

Zahnärztliche Materialien

Sonstige

Weitere Erkrankungen

Erkrankungen blutbildender Organe / Blutgerinnungsstörungen

Asthma / Atemwegserkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes)

Anfallsleiden (Epilepsie)

Osteoporose

Tumorerkrankungen

Nierenfunktionsstörungen / Lebererkrankungen

Schilddrüsenerkrankungen

Psychische Erkrankungen

Sonstige

Allgemeine Angaben und Informationen

Frühere Operationen

Regelmäßige Einnahme von Medikamenten, wenn JA welche?

Bitte auf Rückseite Notieren

Besitzen Sie einen Röntgenpass?

Raucher / Alkoholgenuß / Drogenkonsum

nähere Angaben

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Schwangerschaft
Besitzen Sie einen Pflegegrad bzw. eine Eingliederungshilfe

Ja Nein
 Ja Nein

Ich verpflichte mich, Sie über alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, entsprechend zu informieren. Mir ist bekannt, dass ich in meiner Entscheidung frei bin, diesen Anamnesebogen auszufüllen und dass die Angabe der darin erfragten Informationen freiwillig sind. Ich bin darüber informiert worden, dass ich ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde inne habe.

Leipzig, den _____ Unterschrift _____

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Abrechnung der erbrachten Gesundheitsdienstleistungen und gefertigten zahntechnischen Leistungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen oder privat-zahnärztlichen Versorgung zu. Diese Zustimmung kann ich jederzeit schriftlich an die Praxis widerrufen (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).

Leipzig, den _____ Unterschrift _____