

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.

Zahnarztpraxis
Dipl. Stom. Andrea Fuchs
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
Herzerkrankungen / -infarkt / -rhythmusstörungen
Endokarditis
Sonstige

Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein

nähere Angaben

Infektionserkrankungen

Tuberkulose
Hepatitis
HIV
Sonstige

Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein

Allergien gegen

Antibiotika
Schmerzmittel
Lokalanästhetika / Spritzen
Metalle
Zahnärztliche Materialien
Sonstige

Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein

Weitere Erkrankungen

Erkrankungen blutbildender Organe / Blutgerinnungsstörungen
Asthma / Atemwegserkrankungen
Zuckerkrankheit (Diabetes)
Anfallsleiden (Epilepsie)
Osteoporose
Tumorerkrankungen
Nierenfunktionsstörungen / Lebererkrankungen
Schilddrüsenerkrankungen
Psychische Erkrankungen
Sonstige

Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein

Allgemeine Angaben und Informationen

Frühere Operationen
Regelmäßige Einnahme von Medikamenten, wenn JA welche?
Bitte auf Rückseite Notieren
Raucher / Alkoholgenuss / Drogenkonsum
Schwangerschaft
Besitzen Sie einen Pflegegrad bzw. eine Eingliederungshilfe

Ja Nein
 Ja Nein
 Ja Nein
 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 innehabe.

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 _____