

## Informations- und Anamnesebogen

Bitte beantworten Sie die untenstehenden 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: \_\_\_\_\_  
Hausarzt : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

### Herz-Kreislaufkrankungen

Bluthochdruck  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Niedriger Blutdruck  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Herzklappenerkrankung / Herzklappenersatz  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Herzoperationen / Herzschrittmacher  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Herzerkrankungen / -infarkt / -rhythmusstörungen  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Endokarditis  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Besitzen Sie einen Herzpass?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

### Infektionserkrankungen

Tuberkulose  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Hepatitis  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
HIV  Ja  Nein \_\_\_\_\_

### Allergien gegen

Antibiotika  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Schmerzmittel  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Lokalanästhetika / Spritzen  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Sonstige  Ja  Nein \_\_\_\_\_

### Weitere Erkrankungen

Erkrankungen blutbildender Organe / Blutgerinnungsstörungen  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Asthma / Atemwegserkrankungen  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Zuckerkrankheit (Diabetes)  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Anfallsleiden (Epilepsie)  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Osteoporose (Behandlung mit Spritzen oder Infusionen?)  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Tumorerkrankungen  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Nierenfunktionsstörungen / Lebererkrankungen  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Schilddrüsenerkrankungen  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Psychische Erkrankungen  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Glaukom (Grüner Star)  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Sonstige  Ja  Nein \_\_\_\_\_

### Allgemeine Angaben und Informationen

Frühere Operationen  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Regelmäßige Einnahme von Medikamenten, wenn JA welche?  
Bitte auf Rückseite Notieren  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Raucher / Alkoholgenuß / Drogenkonsum  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Schwangerschaft/Stillzeit  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Besitzen Sie einen Pflegegrad bzw. eine Eingliederungshilfe  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Möchten Sie an Ihren Kontrolltermin per Mail/Telefon erinnert werden? (Recallservice)  Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Besitzen Sie eine Zahnzusatzversicherung  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 \_\_\_\_\_

### **Datenschutz**

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 \_\_\_\_\_

### **Erklärung zur Entbindung der Schweigepflicht**

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Weitergabe meiner Informationen, Behandlungsunterlagen oder Röntgenbilder an Mitbehandler, Zahntechnik oder Überweiserpraxis zu, wenn dies zum Zwecke meiner Weiterbehandlung von Nöten ist.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht jederzeit widerrufen kann.

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

Leipzig, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_