



## Anamnesebogen

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir heißen Sie in unserer Praxis herzlich willkommen und danken Ihnen für Ihr Vertrauen.

Seit dem 25.05.2018 sind wir verpflichtet, Sie über den Schutz Ihrer Daten aufzuklären. Unsere Datenschutzerklärung hängt für Sie in gedruckter Form im Wartezimmer aus. Sofern Sie unsere Internetseite nutzen, finden Sie dort eine gesonderte Datenschutzerklärung unter dem Menüpunkt „Datenschutz“.

Um eine bestmögliche zahnmedizinische Versorgung sicherstellen zu können, benötigen wir von Ihnen die folgenden Angaben im Rahmen einer Anamnese (Erfragung von potenziell medizinisch relevanten Informationen).

Wir möchten, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen und den Service für Sie stetig verbessern. Dazu würden wir uns freuen, wenn Sie uns zusätzlich zu den für Ihre Behandlung erforderlichen Angaben, auch die freiwilligen mit \* gekennzeichneten Fragen beantworten.

Sollten Sie darüber hinaus Fragen zum Thema Datenschutz haben, sprechen Sie uns gerne an.



### Patientendaten

Name, Vorname ..... Geburtsdatum .....

Straße, Nr. .... PLZ, Ort .....

Tel. (Privat) ..... Tel. Mobil .....

Tel. (Arbeit)\* ..... E-Mail\* .....

Beruf\* ..... Arbeitgeber\* .....

Name der Krankenkasse .....

beihilfeberechtigt     zusätzlich versichert     freiwillig versichert     privat versichert



### Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Name, Vorname ..... Geburtsdatum .....

Straße, Nr. .... PLZ, Ort .....



### Weitere Angaben

Hausarzt, Name .....

Ort ..... Tel. ....

Herzschrittmacher/künstliche Herzklappen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Lebererkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Magen-/Darmerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ohnmachtsneigung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Epilepsie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Marcumar/ASS/Gerinnungshemmer	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Osteoporose/Arthrose	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Blutungsneigung/Bluterkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Asthma	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Rheuma	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Infektionskrankheiten	
Diabetes	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Hepatitis <input type="radio"/> TBC <input type="radio"/> HIV	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
		Glaukom (grüner Star)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Sonstige Erkrankungen  ja  nein Wenn ja, welche? .....

Allergien  ja  nein Wenn ja, welche? .....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? .....

Reagieren Sie auf bestimmte Medikamente empfindlich?  ja  nein Wenn ja, welche? .....

Sind Sie Raucher?  ja  nein Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? .....

### Für unsere weiblichen Patienten

Sind Sie schwanger?  ja  nein Wenn ja, in welchem Monat? .....

### Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung?

ja  nein Wenn ja, aus welchem Grund .....

Bei welchem Arzt (Name, Ort) .....

..... Seit wann .....

### Grund Ihres Besuchs

- |                                                |                                                  |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Kontrolluntersuchung     | <input type="radio"/> Zahnschmerzen              |
| <input type="radio"/> Zahnfleischbluten        | <input type="radio"/> Migräne                    |
| <input type="radio"/> Kopf-/Nackenschmerzen    | <input type="radio"/> Kiefergelenkbeschwerden    |
| <input type="radio"/> Zähneknirschen           | <input type="radio"/> Mundgeruch/Mundtrockenheit |
| <input type="radio"/> andere Beschwerden ..... |                                                  |

### Sie sind uns wichtig!

Was dürfen wir bei Ihrem Besuch besonders berücksichtigen? .....

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen  ja  nein

Starker Würgereiz  ja  nein

Starke Schmerzempfindlichkeit  ja  nein



### Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Lächeln

Legende: 1 = sehr unzufrieden / 2 = unzufrieden / 3 = mäßig zufrieden / 4 = zufrieden / 5 = sehr zufrieden

Zahnfarbe 1  2  3  4  5

Zahnstellung 1  2  3  4  5

Zahnfleisch 1  2  3  4  5

### Wünschen Sie eine Beratung über Methoden zur Verschönerung Ihres Lächelns

nein

eher nicht, aber ich überlege es mir

momentan nicht, aber bitte sprechen Sie mich bei meinem nächsten Besuch nochmals an

ja, ich wünsche eine Beratung über

Professionelle Zahnreinigung  schönere Zähne/Lächeln

Zahnaufhellung/Bleaching  Implantat

Amalgamentfernung



### Freiwillige Angaben\*

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Empfehlung durch Familie
- Empfehlung durch Bekannte
- Onlinerecherche/Suchmaschine
- Telefonbuch/Gelbe Seiten etc.
- Bewertungsportal (z. B. Jameda)
- Empfehlung durch Kollegen
- Zeitungsbericht/Anzeige
- Sonstiges .....



### Einwilligungserklärung durch den/die Patient/in und des/der Versicherungsnehmers/in

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO.

Ich/wir stimme/n hiermit der Speicherung meiner/unserer personenbezogenen Daten für den Zweck **der Aufnahme einer Patientenkartei im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung** durch die Praxis Dr. Natalie Stockschläder zu.

Ich/wir bin/sind darauf hingewiesen worden, dass ich/wir diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann/können (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir/uns ist bekannt, dass mein/unser 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/in .....

Ort, Datum ..... Unterschrift Versicherungsnehmer/in .....

in Vollmacht



### Unser Recall-System\*

Sofern Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den regelmäßigen Zahnarztbesuch haben, dann dürfen wir Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, sprechen Sie uns gerne an.

Ich bin bereit, an Ihrem telefonischen Recall-Service teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis 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/in .....