

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Neben den Angaben zu Ihrer Person benötigen wir auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen bzw. manche Medikamente können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie daher den Fragebogen gewissenhaft aus. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank.

Name / Vorname PLZ / Ort
Straße / Nr. Tel. privat
Geburtstag Geburtsort Tel. beruflich
E-Mail Tel. mobil

Krankenkasse / -versicherung
gesetzlich versichert privat versichert Zusatzversicherung

Hausarzt

Nehmen Sie Medikamente ein ? Ja Nein

Blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar, Xarelto, Eliquis)
 Bisphosphonate
 Sonstige

Leiden Sie an Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten ? Ja Nein

Wenn ja, wogegen ?

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

Leber	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nieren	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüse	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Trakt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Osteoporose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nieren	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Haben oder hatten Sie ...

hohen Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	niedrigen Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Diabetes	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Epilepsie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Glaukom/Grünen Star	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Asthma	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Infektionserkrankungen Ja Nein Wenn ja, welche ?
z.B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose

Herzkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche / Zeitpunkt ?		
Herzinfarkt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Bypass oder Stent	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Endokarditis	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Sonstige		

Nur für unsere Patientinnen – Sind Sie schwanger ? Ja Nein

Knirschen Sie mit den Zähnen ? Ja Nein

Rauchen Sie ? Ja Nein

Hinweise zur Organisation

Ihr Termin wird extra für Sie freigehalten. Aus organisatorischen Gründen ist es daher notwendig, dass Sie für den Fall einer Verhinderung rechtzeitig - d. h. spätestens 2 Tage vor dem Termin - absagen, damit wir noch die Möglichkeit haben, „Ersatzpatienten“ einzubestellen. Sollten Sie dennoch nicht rechtzeitig absagen, müssen wir Ihnen leider die Kosten für die im Termin vereinbarte Behandlung in Rechnung stellen. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Hinweis zur privaten Krankenversicherung

Ich bin darüber informiert, dass es im Einzelfall zu Kürzungen der bei der Krankenversicherung und/oder Beihilfestelle eingereichten Rechnung kommen kann - Abrechnungsgrundlage sind die geltenden GOÄ / GOZ-Fassungen. Den Betrag, den meine Krankenversicherung und/oder Beihilfestelle in einem solchen Fall kürzt, trage ich selbst.

Datum, Ort

Unterschrift

PATIENTENEINWILLIGUNG BEHANDLUNGSVERHÄLTNIS

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ – diese liegt zur Durchsicht oder zur Mitnahme im Wartezimmer aus - wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte oder Dentallabore) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Hiermit willige ich,

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer – Festnetz: _____

Telefonnummer – Mobil: _____

Telefonnummer – Arbeit: _____

E-Mail: _____

ein, dass Daten über die zahnärztliche Behandlung bei Dr. Lars Grube, Otto-Pankok-Str. 36 in 45481 Mülheim an der Ruhr

an das weiterbehandelnden Arzt _____

an das Dentallabor _____

an _____

weitergegeben werden dürfen. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig. Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

Hiermit willige ich ein, dass ich damit einverstanden bin, dass Dr. Lars Grube, Otto-Pankok-Str. 36 in 45481 Mülheim an der Ruhr meine oben aufgeführten Kontaktdaten für einen **Erinnerungsservice für wiederkehrende Vorsorge-Untersuchungen („Recall“)** per Telefon und/oder E-Mail verwenden darf. Die Einwilligung ist freiwillig. Das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.

das Schreiben „Patienteninformation zum Datenschutz“ (siehe oben) wurde zur Verfügung gestellt.

Mülheim an der Ruhr, den _____

(Datum)

(Unterschrift)