

# Anamnesebogen für Bestandspatienten

## Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

## Persönliches

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Tel. Festnetz \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter per E-Mail erhalten?  ja  nein

Möchten Sie von uns an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?  nein  ja, per  SMS  E-Mail  telefonisch

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

Leber  ja  nein

Nieren  ja  nein

Schilddrüse  ja  nein

## Haben oder hatten Sie ...

hohen Blutdruck  ja  nein

niedrigen Blutdruck  ja  nein

Diabetes  ja  nein

Osteoporose  ja  nein

Epilepsie  ja  nein

Grünen Star  ja  nein

Tuberkulose  ja  nein

HIV (Aids)  ja  nein

Hepatitis  ja  nein

Wenn ja, welcher Typ?  A  B  C

Allergien  ja  nein

Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_

eine Gelenkprothese  ja  nein

(z.B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk)

Wenn ja, wo genau? \_\_\_\_\_

## Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

\_\_\_\_\_

## Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie...

Stents  Bypass

Herzschrittmacher  Herzinfarkt

Herzklappenentzündung  künstliche Herzklappe

Angina Pectoris  \_\_\_\_\_

## Medikamente: Nehmen Sie ...

Schmerzmittel  Antidepressiva

Cortison (Kortikoide)  Herzmedikamente

blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS?

andere Medikamente:

\_\_\_\_\_

## Unverträglichkeiten gegen Medikamente?

Wenn ja, gegen welche?

\_\_\_\_\_

**Mit meiner Unterschrift willige ich in die Behandlung und die Benutzung meiner Patientendaten durch die behandelnden Zahnärzte der Zahnarztpraxis Schäf ein.**

**Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die nächsten Kontrolltermine 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).**

**Ich habe diesen Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.**

Datum

Unterschrift