

## ANAMNESE

Name des Patienten

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Beruf

\_\_\_\_\_

Straße, Nummer

\_\_\_\_\_

PLZ, Ort

\_\_\_\_\_

Krankenkasse

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum Ort

\_\_\_\_\_

Telefon (tagsüber und / oder privat)

\_\_\_\_\_

E-Mail

\_\_\_\_\_

Mobiltelefon

\_\_\_\_\_

### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist versichertes Mitglied?

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Beruf des Versicherten

\_\_\_\_\_

Arbeitgeber

\_\_\_\_\_

Krankenkasse

\_\_\_\_\_

### Warum kommen Sie zu uns in die Praxis?

Zur regulären Vorsorgeuntersuchung

Ich habe akute Schmerzen oder andere Beschwerden \_\_\_\_\_

Ich bin überwiesen worden von \_\_\_\_\_

Wurden wir Ihnen empfohlen? Wenn **Ja**, von wem? \_\_\_\_\_

### Worüber möchten Sie mehr wissen?

Implantate

Ästhetischer Zahnersatz (Kronen, Brücken etc.)

Schnarchtherapie

Kosmetische Zahnkorrektur (Veneers etc.)

Zahnaufhellung (Bleaching)

unsichtbare Zahnspange

Parodontitis

Moderne Wurzelkanalbehandlung

### Vereinbarte Termine

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen und um Sie optimal behandeln zu können, vereinbaren wir mit Ihnen feste Behandlungstermine. Diese Zeiten sind ausschließlich für Sie reserviert und daher verbindlich. Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen Termin einzuhalten, bitten wir Sie, **spätestens 24 Stunden vorher abzusagen**. Informieren Sie uns bitte zudem darüber, ob ggf. vereinbarte Folgetermine bestehen bleiben sollen. Da reservierte, aber nicht rechtzeitig freigegebene Behandlungszeiten hohe Kosten verursachen, können diese in Rechnung gestellt werden.

### Dürfen wir Sie daran erinnern, Ihren nächsten Termin zur Vorsorge/Professionellen Zahnreinigung zu vereinbaren?

**Ja**, ich möchte am Erinnerungsservice teilnehmen. Die Teilnahme ist unverbindlich und kann jederzeit von mir widerrufen werden.

Bitte erinnern Sie mich per  Post  E-Mail  SMS

Worms, den \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in \_\_\_\_\_

# GESUNDHEITSFRAGEN

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Krankheiten können Auswirkungen auf anstehende Behandlungen haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir gerne. **Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen bezüglich Ihres Gesundheitszustandes mit!**

Zutreffendes bitte ankreuzen.

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?**

Nein

Bluthochdruck  Diabetes  Epilepsie  Nierenerkrankung  Chronische Erkrankung der Atemwege/Asthma

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Leiden oder litten Sie an einer Herz-Kreislaufferkrankung?**

Nein

Herzkrankheit  Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)  Angeborene oder erworbene Herzfehler  Herzklappenprothesen  Herzinfarkt  
 Herzoperationen  Herzschrittmacher Sonstige: \_\_\_\_\_

**Haben Sie eine ansteckende Erkrankung?**

Nein

Hepatitis A/ B/ C?  HIV Sonstige: \_\_\_\_\_

**Haben Sie eine Blutkrankheit (Blutgerinnungsstörung)?**

Nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (auch Aspirin) ein?  Ja, nämlich \_\_\_\_\_

**Nehmen oder nahmen Sie Medikamente gegen Knochenkrankheiten ein?**

Nein

Bisphosphonate  Denosumab

**Welche anderen Medikamente nehmen Sie (regelmäßig) ein?** \_\_\_\_\_

Gibt es Medikamente, die Sie nicht vertragen?  unbekannt,  Ja, nämlich \_\_\_\_\_

**Bestehen sonstige Erkrankungen?**

Nein

Ja, nämlich: \_\_\_\_\_

**Haben Sie eine Allergie?**

Nein

gegen zahnärztliche Spritzen/Narkosemittel  Sonstige: \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie oder haben Sie geraucht?**  Ja, nämlich: \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag

Nein

**Sind oder waren Sie suchtkrank?**  Ja, nämlich:  alkoholabhängig  drogenabhängig

Nein

**Schnarchen Sie?**

Nein

Ja; falls ja, tragen Sie eine Schlafmaske?  Ja

Nein

**Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?**

Nein

Ja, falls ja in der wievielten Woche \_\_\_\_\_

**Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?**

Nein

Ja; bei (Arzt) \_\_\_\_\_ Weshalb? \_\_\_\_\_

**Hinweis für Privatversicherte:** Die Erstellung der Rechnung über zahnärztliche Behandlungen erfolgt nach der vom Gesetzgeber erstellen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Insbesondere Beihilfestellen und gewisse Privatversicherungen nehmen in jüngster Zeit teilweise ungerechtfertigte und willkürliche Kürzungen bei der Rechnungserstattung vor. Wenn Sie einen Kostenvoranschlag benötigen, um die Kostenübernahme vorab mit Ihrer Versicherung abklären zu können, erstellen wir Ihnen diesen gerne. Die zahnärztliche Rechnung ist nach erfolgter Behandlung vom Patienten auszugleichen, unabhängig davon, in welcher Höhe die Erstattungsstelle die Kosten für den Patienten übernimmt. **Das DZR und wir unterstützen Sie bei der Geltendmachung Ihrer Ansprüche gegenüber den Erstattungsstellen und stehen Ihnen argumentativ zur Seite.**

**„Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu ...**

*... zum Zwecke (1) der Durchführung der Behandlung, (2) der Dokumentation nach Berufsordnung und sonstigen gesetzlichen Vorschriften, (3) der Abrechnung über die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV), mit Kostenträgern sowie Factoring Gesellschaft (DZR) und (4) der statistischen Auswertung. Falls ein Foto angefertigt wird, wird dieses nur für interne Zwecke genutzt. Eine Information zur Erhebung personenbezogener Daten ist in der Praxis einsehbar. Ich willige ferner ein, dass meine Daten und Behandlungsunterlagen zwischen kooperierenden Dentallaboren sowie (Zahn-)Ärzten ausgetauscht werden und entbinde die mich behandelnden Ärzte insoweit von der Schweigepflicht.*

*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).*

Worms, den \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in \_\_\_\_\_