

Anamnese und Datenschutz

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Keine Angabe

Adresse

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Versicherung

☐ Gesetzlich ☐ Privat ☐ Private Zahn-Zusatzversicherung (z.B. Ergo, DKV)

Kontakt

Mobil

Festnetz

E-Mail

Wir kontaktieren Sie telefonisch, per E-Mail, SMS oder WhatsApp.

Gesetzlicher Vertreter* (*bei Minderjährigen/Pflegebedürftigen)

Geburtsdatum

Ärzte

Hausarzt (Name, Ort)

Facharzt z.B. Kardiologe (Name, Ort)

Allgemeine Anamnese

1. Letzter Zahnarztbesuch (Jahr) **Bitte Bonusheft mit abgeben**
2. Aus welchem Jahr ist das aktuellste Röntgenbild?
3. Haben Sie Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen)? Wie alt ist er? ☐ Ja ☐ Nein
4. Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein
5. Besteht eine Schwangerschaft/Verdacht? (Bitte Monat angeben) ☐ Ja ☐ Nein

Allgemeine Vorerkrankungen

1. Herzinfarkt (Monat/Jahr angeben) ☐ Ja ☐ Nein
2. Künstliche Herzklappen (Monat/Jahr angeben) ☐ Ja ☐ Nein
3. Herzschrittmacher ☐ Ja ☐ Nein
4. Bluthochdruck ☐ Ja ☐ Nein
5. Blutgerinnungserkrankungen ☐ Ja ☐ Nein
6. Andere Erkrankungen am Herzen (Bitte angeben) ☐ Ja ☐ Nein
7. Erkrankungen der Leber oder Niere (Bitte angeben) ☐ Ja ☐ Nein
8. Erkrankungen der Lunge, z.B. Asthma (Bitte angeben) ☐ Ja ☐ Nein
9. Diabetes (Bitte Typ angeben) ☐ Ja ☐ Nein
10. Osteoporose/ Knochenerkrankungen (Bitte angeben) ☐ Ja ☐ Nein

Allergien

1. Allergische Reaktion beim Zahnarzt? Worauf? ☐ Ja ☐ Nein
2. Antibiotika-Allergie (z.B. Penicillin) ☐ Ja ☐ Nein
3. Andere Allergien (z.B. Medikamente, Nickel) ☐ Ja ☐ Nein

Medikamente

1. Blutverdünner (z.B. ASS, Eliquis, Heparin, Marcumar) ☐ Ja ☐ Nein
2. Bisphosphonate ☐ Ja ☐ Nein
3. Verhütungs-Pille ☐ Ja ☐ Nein
4. Nehmen Sie andere Medikamente regelmäßig ein? Welche? ☐ Ja ☐ Nein
- Bitte Medikamentenliste vom Hausarzt/Facharzt mit abgeben**
5. Gibt es Medikamente, die nicht bei Ihnen wirken? ☐ Ja ☐ Nein
6. Regelmäßige Vitamine (z.B. Vitamin D) ☐ Ja ☐ Nein

Datenschutz

Die Datenverarbeitung unterliegt strengen gesetzlichen Vorgaben und betrifft: Name, Adresse, Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus, Bankverbindung, Anamnese, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere (Zahn-)Ärzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefen und Röntgenbildern/DVTS etc.

Diese Daten werden nur an Dritte weitergegeben (z.B. an einen anderen Arzt/Krankenhaus/Apotheke/Zahntechniker/ Krankenkasse/ Kassenzahnärztliche Vereinigung/ Verechnugsstelle), wenn es aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist.

Mit meiner Unterschrift willige ich die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die genannten Dritten ein.

Ort, Datum

Unterschrift

(Patient, Versicherter, Zahlungspflichtiger oder gesetzlicher Vertreter)