



ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,
wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis. Da allgemeine Erkrankungen Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können, möchten wir Sie bitten, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und der aktuellen DSGVO (Näheres hierzu bitte siehe Seite 4). Herzlichen Dank. Bei Fragen sprechen Sie uns gern an.
Ihr Team von ...die mit dem Apfel!

ANGABEN ZUM PATIENTEN/ZUR PATIENTIN

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Geburtsort _____
Straße _____
PLZ Ort _____
Telefon _____
Mobil _____
E-Mail _____
Beruf _____

ANGABEN ZUR/ZUM VERSICHERTEN

Bitte nur ausfüllen, wenn Patient/Patientin in einer Familienversicherung mitversichert ist.

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Geburtsort _____
Straße _____
PLZ Ort _____
Telefon _____
Mobil _____
E-Mail _____
Beruf _____

ANGABEN ZUR VERSICHERUNG

Name der Krankenkasse _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung |
| <input type="checkbox"/> freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt |



IHRE GESUNDHEITSSITUATION

Um Risiken im Vorfeld der Behandlung einschätzen zu können, beantworten Sie die nachfolgenden Fragen nach Ihrem Gesundheitszustand bitte möglichst genau.

Allgemeinmedizin

Hausarzt (Name und Adresse)

	ja	nein
Blutdruck hoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutdruck niedrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		

Herzschrittmacher ja nein

Endokarditisprophylaxe (vorbeugende mediz. Maßnahmen zur Verhinderung einer infektiösen Herzinnenhaut-Entzündung) ja nein

Blutgerinnungsstörung (Blutverdünner) ja nein

Diabetes ja nein

Lungenerkrankung (Asthma) ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein

Nierenerkrankung ja nein

Infektionskrankheit (z. B. HIV, Hepatitis) ja nein

Wenn ja, welche?

ja nein

Allergien ja nein

Wenn ja, welche?

Osteoporose ja nein

Nehmen Sie/haben Sie Bisphosphonate (Medikamente zur Behandlung von Osteoporose) eingenommen? ja nein

Tumorerkrankung ja nein

Wenn ja, welche?

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?

Sonstige Krankheiten ja nein

Wenn ja, welche?

Zahnmedizin

Was ist Ihr Anliegen (z. B. Beratung, Zweitmeinung, Prophylaxe, Kontrolluntersuchung)?

Gab es bei zahnärztlichen Behandlungen Probleme? ja nein

Wenn ja, welche? ja nein

vorbehandelnder Zahnarzt (Name und Adresse)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden (z. B. Internet, persönliche Empfehlung, Facebook)?

Wenn persönliche Empfehlung, von wem?



IHRE ZAHNGESUNDHEIT

Mundhygiene

Wie oft putzen Sie Ihre Zähne am Tag?	<input type="checkbox"/> weniger als einmal	<input type="checkbox"/> ein- bis zweimal	___ -mal
Wie lange putzen Sie Ihre Zähne?	<input type="checkbox"/> weniger als eine Min.	<input type="checkbox"/> ein bis zwei Min.	___ Minuten
Mit welcher Zahnbürste putzen Sie?	<input type="checkbox"/> manuell (Hand)	<input type="checkbox"/> elektrisch	<input type="checkbox"/> Schall
Mit welcher Technik putzen Sie?	<input type="checkbox"/> schrubbend	<input type="checkbox"/> kreisend	<input type="checkbox"/> sonstiges
Haben Sie Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Haben Sie Mundgeruch?	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Wie oft reinigen Sie Ihre Zahnzwischenräume?	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
Womit reinigen Sie Ihre Zahnzwischenräume? _____			
Haben Sie den Eindruck, dass Sie einen trockenen Mund (wenig Speichel) haben?	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
Welche Hilfsmittel neben der Zahnbürste verwenden Sie? (z. B. Mundspiegel) _____			

Fluoridangebot

Wie heißt Ihre Zahnpasta? _____		
Verwenden Sie fluoridiertes Speisesalz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ernährung

Wie oft am Tag essen Sie zuckerhaltige Produkte?	<input type="checkbox"/> zwei- bis fünfmal	<input type="checkbox"/> über fünfmal
Wie häufig trinken Sie über den Tag verteilt zuckerhaltige Getränke?	<input type="checkbox"/> zwei- bis fünfmal	<input type="checkbox"/> über fünfmal
Haben Sie überempfindliche Zähne?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Rauchen

Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie geraucht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Funktion

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie sonstige Angewohnheiten? Zungenbeißen, Zungenpressen, Wangenbeißen, Wangensaugen (Zutreffendes bitte unterstreichen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

An Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten und verkürzt Wartezeiten. Bei nicht abgesagten Terminen werden Ihnen die Ausfallzeiten in Rechnung gestellt.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben auf den Seiten 1 bis 3 sowie die Kenntnisnahme der Ausfallgebühr mit Ihrer Unterschrift. Herzlichen Dank.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____



DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Liebe Patientin, lieber Patient,
seit dem 25. Mai 2018 gilt in Europa eine neue Datenschutzverordnung für den Umgang mit Patientendaten (DSGVO). Um für Sie eine optimale Versorgung gewährleisten zu können, benötigen wir Ihre Zustimmung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten ausschließlich für die Zusammenarbeit mit unseren Dentallaboren, den Krankenkassen und anderen Ärzten (zum Beispiel für die Anforderung von Röntgenbildern). Außerdem benötigen wir Ihre Zustimmung dafür, dass wir Sie kontaktieren dürfen (zum Beispiel für unseren Wiederbestellservice oder für Terminerinnerungen).

Angaben zu Ihrer Person

Name _____

Geburtsdatum _____

- Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Zusammenarbeit mit Dentallaboren, medizinische Fachlabore, Krankenkassen, anderen Praxen z. B. bei Überweisungen oder Anforderung von Röntgenbildern (nach Absprache mit Ihnen), Weitergabe an unsere Abrechnungsstelle, der Übermittlung per Telematik-Infrastruktur, sowie der Aufnahme in unser Wiederbestell-/Erinnerungssystem durch die Praxis zu.

Ferner stimme ich zu, dass, nach Absprache, meine personenbezogenen Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und Behandlungsverläufe, Röntgenbilder), auch Fotos, an mit- oder weiterbehandelnde Ärzte, Dentallabore und medizinische Fachlabore zu medizinischen Zwecken dokumentiert und übermittelt werden dürfen.

Ich entscheide selbst mit, welche Daten an welchen Arzt oder Zahnarzt, Dentallabor oder medizinisches Labor weitergegeben werden dürfen. Um eine möglichst gute Behandlung zu gewährleisten, sollten jedoch alle für die Behandlung notwendigen Daten übermittelt werden.

- Ich stimme dem gewünschten und/oder notwendigen* Terminerinnerungs-Service sowie der damit verbundenen Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Berufsausübungsgemeinschaft Dr. med. dent. Karsten Niemann und Dr. med. dent. Patrick Wende zu. (* bei längeren Behandlungen)
- Bitte rufen Sie mich an.
- Bitte schicken Sie mir eine E-Mail oder SMS (bitte Zutreffendes unterstreichen).

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich die 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 meiner Daten nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Gemäß Art 17 DSGVO kann ich jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Ich habe ferner das Recht, mich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn ich der Ansicht bin, dass die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen

Barbara Thiel, Postfach 221, 30002 Hannover oder

Prinzenstraße 5, 30159 Hannover

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

