



Zahnmedizin Eppendorf

Dr. Ricco Werner & Julian Sorembe

Anamnesebogen

Liebe Patienten,

Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit und füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus. Bitte zögern Sie nicht uns anzusprechen, falls Sie Fragen haben.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient:

Geburtsdatum:

Versicherter:

Versicherung:

Anschrift:

Telefon:

Mobil:

Arbeit:

Email:

Beruf:

Überweisender Arzt / Zahnarzt:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

Ja Nein

Dürfen wir Sie an Kontrollen (Recall) erinnern ?

Ja Nein

Sind Sie zufrieden mit Ihrer Zahnfarbe?

Ja Nein

Allgemeines

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Dies kann u.U. Ihre Behandlung beeinflussen, bitte zählen Sie alle Präparate auf.)

Reagieren Sie auf bestimmte Stoffe oder Medikamente allergisch? Falls ja, gegen welche?

Herzerkrankungen – wenn ja, welche? _____

Herzschrittmacher

Künstliche Herzklappe/Klappenfehler

Endokarditis

Blutgerinnungsstörung

Diabetes

Schilddrüsenunterfunktion

Bluthochdruck

Schilddrüsenüberfunktion

niedriger Blutdruck

Bitte wenden →

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung – wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung – wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Raucher |
| <input type="checkbox"/> Alkoholismus (falls ja, trocken? <input type="checkbox"/>) | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft |
| <input type="checkbox"/> Chemotherapie – wenn ja, wann? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung – wenn ja, welche und wann? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose) _____ | |
| Leiden Sie unter einer hier nicht aufgeführten Erkrankung? _____ | |

Bei Änderungen Ihres Gesundheitszustandes bitten wir Sie, uns zu informieren!

Ihr Wohlergehen liegt uns am Herzen. Dazu gehört neben der medizinischen Versorgung auch ein gut organisierter Praxisablauf mit kurzen Wartezeiten. Ihr Termin wird für Sie persönlich freigehalten. Sollten Sie nicht in der Lage sein, Ihren Termin wahrzunehmen, bitten wir Sie, **mindestens 48 Stunden vorher abzusagen**. Nehmen Sie einen Termin nicht wahr und versäumen es uns rechtzeitig zu informieren, **behalten wir es uns vor, pro angefangene halbe Stunde eine Ausfallgebühr in Höhe von 50€ zu erheben** (§615 BGB). Es sei denn, Ihr Nichterscheinen ist unverschuldet. Bei mehrmaligem unentschuldigtem Nichterscheinen möchten wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine Termine mehr anbieten.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit den obigen Bedingungen einverstanden und bestätigen die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Angaben.

Datum _____

Unterschrift _____

DSGVO:

Ich willige der Erhebung der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Patienteninformation zur Datenschutz-Grundverordnung kann ich auf der Website der „Praxis für Zahnmedizin“ einsehen und nachlesen oder wird mir auf Wunsch von der Praxis als gedruckte Version ausgehändigt.

Datum _____

Unterschrift _____

Schweigepflichtentbindung:

Hiermit entbinde ich die Zahnarztpraxis Dr. Ricco Werner und Julian Sorembe von der Schweigepflicht und gebe mein **Einverständnis zur Anforderung von Röntgenbildern aus Fremdpraxen**.

Datum _____

Unterschrift _____