



Zahnmedizin Eppendorf

Dr. Ricco Werner & Julian Sorembe

Anamnesebogen

Liebe Patienten,

wir freuen uns über Ihr Vertrauen! Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit und füllen diesen Bogen sorgfältig aus. Ein möglichst vollständiges Gesundheitsbild erleichtert es uns, besser auf Ihre Wünsche einzugehen und individuelle Besonderheiten bei Ihrer Behandlung zu berücksichtigen. Bitte zögern Sie nicht uns anzusprechen, falls Sie Fragen haben.

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient:

Geburtsdatum:

Versicherter:

Versicherung:

Anschrift:

Telefon:

Mobil:

Arbeit:

Email:

Beruf:

Überweisender Arzt / Hausarzt:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein

Ich wünsche eine Beratung über:

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

Lebererkrankung – wenn ja, welche? _____

Epilepsie

Bitte wenden →

- Nierenerkrankung – wenn ja, welche? _____
 - Asthma
 - Osteoporose
 - Alkoholismus (trocken Ja Nein)
 - Chemotherapie – wenn ja, wann? _____
 - Tumorerkrankung – wenn ja, welche und wann? _____
 - Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose) _____
 - Leiden Sie unter einer hier nicht aufgeführten Erkrankung? _____
- Rheuma
 - Lungenerkrankung
 - Raucher
 - Schwangerschaft

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 möglichst kurzen Wartezeiten. Ihr Termin wird für Sie persönlich freigehalten. Sollten Sie einmal nicht in der Lage sein, Ihren Termin wahrnehmen zu können, bitten wir Sie, mindestens 48 Stunden vorher abzusagen. So vermeiden wir Leerzeiten und können Ihren Termin an andere Patienten vergeben. 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 können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben.

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 _____