

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Patient

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Geburtsort: _____
 Adresse: _____

 Beruf: _____

E-mail: _____
 Tel. privat: _____
 Tel. mobil: _____

Wer ist Hauptversicherter?

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum _____

Versicherung

Krankenkasse/ Name des Kostenträgers: _____

Ich bin Pflichtversichert Zusatzversichert Privat versichert Beihilfe

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Gerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Diabetes/ Zuckererkrankung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
HIV positiv	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Hepatitis A - B - C wenn ja, welche Form?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Grüner Star	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Sind Sie schwanger? Entbindungstermin?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Stillen Sie?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Leiden Sie unter einer Allergie? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Nehmen Sie Bisphosphonate ein?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Welche Medikamente nehmen Sie ein?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____

Röntgen

Besitzen Sie einen Röntgenpass? Nein Ja

Hatten Sie innerhalb der letzten zwei Jahre eine Röntgenuntersuchung im Kopfbereich? Nein Ja

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Google Social Media Homepage Praxisschild Zeitschrift Infoblatt/Flyer
 Jameda Litfaßsäule Plakat auf Empfehlung von: _____

Einverständniserklärung Recall- Erinnerung:

Ja, ich möchte erinnert werden.

Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen an einen Nachsorgetermin zur Untersuchung und/oder zur Behandlung. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail widerrufen werden kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass dieser Widerruf auf die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erhobenen Daten keine Auswirkungen hat (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Gerne erinnern wir Sie telefonisch, per E-Mail, per SMS oder per Postkarte an Ihren Termin.

Nein, ich möchte nicht erinnert werden.

Datum, Unterschrift

Beratungswünsche

Sind Sie zufrieden mit Ihrem Lächeln? Ja Nein

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- Behandlung in Vollnarkose
- Vorbeugung von Zahnerkrankungen (Professionelle Zahnreinigung)
- Bleaching
- Behandlung der Parodontitis
- Ästhetische Korrektur der Zähne (Veneers)
- Füllungstherapie (Mehrschichttechnik, Inlays)
- Komplettsanierung des Gebisses
- Wurzelbehandlung
- Entfernung der Weisheitszähne
- Implantate
- Zahnkorrektur (Invisalign)
- Sonstiges

Hinweis

Für den Zeitraum Ihrer Behandlung stellen wir Ihnen gerne unsere kostenlosen Tiefgaragenstellplätze zur Verfügung. Diese sind über die Mercedesstraße zu erreichen.

Datenschutz (gemäß Art. 9 Abs. 2 DSGVO)

Ich willige ein, dass mein/e behandelnde/r Arzt/Ärztin innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann. Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung fehlerhafter Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen.

Datum, Unterschrift

Sollten bei Zahnbehandlungen Fotos von meinen Zähnen gemacht werden, dürfen diese zu Demonstrations- und Schulungszwecken genutzt werden.

- Hiermit erkläre ich mich einverstanden.
- Hiermit erkläre ich mich **nicht** einverstanden.

Datum, Unterschrift

Unsere Zahnarztpraxis Nova-Smile ist eine Bestellpraxis. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist. Wir bitten Sie daher, die Termine pünktlich einzuhalten bzw. falls erforderlich, die Termine frühzeitig abzusagen.

Termine unter 60 Minuten Behandlungsdauer müssen spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abgesagt werden, Termine ab 60 Minuten Behandlungsdauer spätestens 48 Stunden vorher.

Wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, kann Ihnen gemäß § 615 BGB der Honorarausfall in Rechnung gestellt werden - es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. In diesem Fall teilen Sie uns die Gründe bitte unverzüglich schriftlich mit und weisen diese ggf. nach.

Ich habe das oben Aufgeführte zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

Datum, Unterschrift