



Anamnesebogen

Bitte füllen Sie dieses Formular detailliert aus und geben es zur Anmeldung ab.

Patient

Name des Patienten	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Straße/ Hausnummer	<input type="text"/>	Krankenkasse	<input type="text"/>
PLZ/ Ort	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
Hausarzt	<input type="text"/>	Zahnarzt	<input type="text"/>

Leiden Sie unter Vorerkrankungen? Wenn ja, welche?

Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, Sonstige)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welche?
Herzinfarkt/ Endokarditis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wann und wie oft?
Herzklappenersatz/ Herzfehler	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
Thrombose/Embolie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welche?
Chemotherapie und/oder Bestrahlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wann und wie oft?
Glaukom (Grüner Star)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
Diabetes mellitus („Zucker“)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
Sonstige	<input type="text"/>	

Bestehen Unverträglichkeiten/ Allergien?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche?
<input type="text"/>	

Nehmen Sie Medikamente?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Blutverdünner: <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Clopidogrel <input type="checkbox"/> Falithron <input type="checkbox"/> Pradaxa <input type="checkbox"/> Lixiana
	Bisphosphonate: <input type="checkbox"/> Prolia <input type="checkbox"/> Fosamax
	Sonstige: <input type="text"/>

Rauchen Sie?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wie viele Zigaretten pro Tag? <input type="text"/>
---	--

Besteht eine Schwangerschaft?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wievielter Monat? <input type="text"/>
---	--

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift



Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

zur Weitergabe personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6,7 Abs. 1 lit.a DSGVO

Durch den Patienten auszufüllen!

Name, Vorname

Geburtsdatum

Damit wir die bei Ihnen notwendigen zahnmedizinischen Untersuchungen und Behandlungen durchführen können, benötigen wir von Ihnen und gesundheitsbezogene Informationen. Diese Daten werden elektronisch erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt, soweit sie für die medizinische Diagnostik, die Gesundheitsversorgung und für die Behandlung erforderlich ist. Zusätzlich benötigen wir Ihre Daten zu Abrechnungszwecken mit Ihrer Krankenkasse bzw. zur Rechnungsstellung für von uns erbrachte Leistungen.

Wir versichern Ihnen, dass wir Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich innerhalb unserer Praxis und nur zu den genannten Zwecken nutzen.

Sollte aufgrund der erfolgten Diagnostik und/oder der geplanten Behandlungsmaßnahmen die Korrespondenz mit anderen Ärzten notwendig sein, werden Ihre Daten auch an beteiligte Dritte (z.B. Ärzte, Apotheken, Labors, Krankenhäuser, Zahntechnik) außerhalb der Praxis weitergegeben. Diese dürfen Ihre Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Die Übertragung erfolgt verschlüsselt, sodass ein Fremdzugriff Dritter nicht möglich ist. Zu dem Zweck der Abrechnung zahnärztlicher Leistung entbinde ich die Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Nutzung, Speicherung und Übermittlung Ihrer personen- und gesundheitsbezogenen Daten einverstanden. Sie können Ihre unten angegebene Einwilligungserklärung jederzeit schriftlich oder per E-Mail (info@oralchirurgie-eisenberg.de) ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen (Art. 7 Abs.3 DSGVO). Ihre personenbezogenen Daten werden dann in unserer Patientenkartei gelöscht, soweit sie für die Erfüllung von gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die beteiligte Praxis meine personen- und gesundheitsbezogenen Daten zum Zweck der Diagnostik, der Behandlung und der Abrechnung erhebt, verarbeitet und nutzt. Die beteiligte Praxis darf meine Personen- und Gesundheitsdaten auch an Dritte übermitteln, soweit dies für die Behandlung und Abrechnung erforderlich ist.

Ort

Datum

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Arztes