

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns um ihr persönliches Anliegen kümmern, benötigen wir neben Ihren persönlichen Angaben auch Informationen über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben dienen ausschließlich dazu, die zahnärztliche Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Bei Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Wir weisen daraufhin, dass das Ausfüllen dieses Anamnesebogens auf freiwilliger Basis erfolgt. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihr Auskunftsrecht geltend machen zu können. Wir weisen Sie weiter darauf hin, dass im Rahmen der Behandlung von den Zahnärzten/innen oder anderen Mitarbeitern der Zahnarztpraxis Dr. Pfeifer weitere für den Behandlungserfolg, die Verwaltung der Behandlungsdokumentation oder die Abrechnung erforderliche Daten von Ihnen erfragt und weiterverarbeitet werden können.

*Ihr Praxisteam*

## Patient

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum, Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Krankenkasse bzw. Versicherung \_\_\_\_\_

Für Privatversicherte: Besteht ein Basistarif?  Ja  Nein

## Mitglied (bei Familienversicherten)

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

## Gesundheitsfragen

Stehen Sie aktuell in allgemeinmedizinischer ärztlicher Behandlung?

Ja, wegen \_\_\_\_\_

Nein

Folgende Medikamente werden regelmäßig eingenommen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte teilen Sie uns hier auch eine Einnahme von **BISPHOSPHONATEN** in der Vergangenheit mit, da diese Tabletten auch noch nach einem längeren Zeitraum Auswirkungen auf die Wundheilung im Zahnbereich haben können.

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-/Zahnbereich geröntgt?

- Ja, in folgender Praxis: \_\_\_\_\_  
 Nein

Für weibliche Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft

- Ja, folgende SSW: \_\_\_\_\_  
 Nein

**Bitte Zutreffendes ankreuzen, unterstreichen und ggf. ergänzen:**

- Herzerkrankungen (z.B. Herzschwäche) \_\_\_\_\_  
 Zustand nach Herzinfarkt, Schlaganfall (wann?) \_\_\_\_\_  
 Kreislauferkrankungen (z.B. Bluthochdruck) \_\_\_\_\_  
 Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes) \_\_\_\_\_  
 Augenerkrankungen, künstliche Linse \_\_\_\_\_  
 Bluterkrankungen, Blutungsneigung \_\_\_\_\_  
 Infektionserkrankungen \_\_\_\_\_  
 Erkrankungen des Nervensystems \_\_\_\_\_  
 Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma) \_\_\_\_\_  
 Nierenerkrankung \_\_\_\_\_  
 Künstliche Gelenke, Stents, Implantate \_\_\_\_\_  
 Ohnmachtsneigung \_\_\_\_\_  
 gerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar, ASS) \_\_\_\_\_  
 Allergien, Unverträglichkeiten (z.B. Antibiotika) \_\_\_\_\_  
 Zigarettenkonsum \_\_\_\_\_  
 Alkohol- oder Drogenabhängigkeit \_\_\_\_\_  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben sowie Ihr Einverständnis mit den Behandlungsbedingungen. Teilen Sie unserer Praxis bitte künftige Änderungen des Gesundheitszustandes mit. Der Gesundheitsfragebogen muss spätestens alle 12 Monate aktualisiert und mit Ihrer Unterschrift bestätigt werden.

Die Erklärungen auf diesem Gesundheitsfragebogen habe ich verstanden. Der Abschluss meines Behandlungsvertrages ist von meinen Angaben nicht abhängig. Ich bestätige, dass diese Einwilligung freiwillig erfolgt.

Vor der Einwilligung wurde ich darauf hingewiesen, dass ich jederzeit das Recht habe, diese Einwilligung (auch teilweise) für die Zukunft, schriftlich zu widerrufen. Mir ist bekannt, dass mein Recht auf Löschung meiner Daten erst für die Zukunft besteht.

Mir wurde die Datenschutzerklärung der Zahnarztpraxis Dr. Pfeifer zur Verfügung gestellt. Ich habe diese zur Kenntnis genommen. Mir wurde erklärt, dass ich die Datenschutzerklärung jederzeit in der Praxis einsehen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r