

Anamnesebogen



Zahnarztpraxis
Natalia Kazachkova

Patient:in (ausfüllen, wenn andere Person als Versicherte:r):

Name _____ Vorname _____ Geb. _____

Versicherte:r:

Name _____ Vorname _____ Geb. _____

Straße, Hausnr. _____ PLZ, Ort _____

Telefon / Mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse _____

- gesetzlich freiwillig privat Basistarif beihilfeberechtigt
 private Zahnzusatzversicherung

Mein/e Hausarzt/Hausärztin:

Name _____ Telefon _____

Adresse _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne. Zutreffendes bitte markieren und ausfüllen.

| Leiden/litten Sie an Erkrankungen der/des

- Herzens oder Blutkreislaufs
- Blutes (Blutarmut, Blutgerinnungsstörung)
- Leber (Gelbsucht)
- Lunge (Asthma)
- Nieren
- Schilddrüse
- Magen-Darm-Traktes
- Gelenke (Rheuma, rheumatisches Fieber)
- Wirbelsäule
- Augen (grüner Star, Glaukom)

| Haben oder hatten Sie

- hohen Blutdruck
- niedrigen Blutdruck
- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- ein Anfallsleiden (Epilepsie)
- eine Krebserkrankung
- Osteoporose
- künstliche Gelenke
- eine Immunschwäche (HIV/AIDS)
- ⇒ Hepatitis A B C
- Tuberkulose
- Migräne/Kopf-/Nacken-/Rückenschmerzen
- Ohrensausen (Tinnitus)
- Depressionen
- Angstzustände
- sonstige Erkrankungen
- Allergien (Heuschnupfen etc.)
- Unverträglichkeit von Medikamenten / Spritzen
- eine Allergie gegen Jod oder Latex

| Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie

- angeborene/erworbene Herzfehler
- Herzklappenfehler
- eine Herzklappenprothese
- Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)
- Herzoperationen
- Angina pectoris
- einen Herzschrittmacher

| Medikamente: Nehmen Sie regelmäßig

- Herzmedikamente Schmerzmittel
- Antidepressiva Kortison
- blutverdünnende Medikamente (Marcumar, ASS, Clopidogrel)
- Medikamente gegen Bluthochdruck
- Bisphosphonate (Fosamax) | Prolia/Xgeva
- andere Medikamente: _____

| Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

ja vielleicht In welcher Woche? _____

| Neigen Sie zu blauen Flecken?

- Neigen Sie zu Ohnmacht(en)?
- Fühlen Sie sich psychisch stark belastet?
- Rauchen Sie?
- Fühlt sich Ihr Mund manchmal trocken an?

Datum

Unterschrift

Patienteneinwilligung zum Datenschutz

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogenen Daten verarbeitet:

Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte und Zahnärzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z. Bsp. Röntgenbilder).

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privatärztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Mit meiner Unterschrift willige ich der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und der Weitergabe an die o. g. Dritten ein. Meine Rechte, insbesondere zum Widerruf dieser Einwilligung, sind mir bekannt (siehe [Patienteninformationen zum Datenschutz, Link*](#); oder fragen Sie an der Rezeption nach). Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

[Link](http://www.kazachkova.de/pa-da): www.kazachkova.de/pa-da

Datum, Ort

Unterschrift Patient:in/Erziehungsberechtigte:r/Versicherte:r