

Anamnesebogen zur Aktualisierung

Zu Ihrer Person:

Vorname		Nachname	
Geburtstag			
Straße, Nr.			
PLZ Wohnort			
Beruf		Arbeitgeber	
Telefon privat		Telefon berufl.	
Mobil		E-Mail	
Versicherung	Privat	Gesetzlich	Name
Hausarzt (Vor- und Zuname)			
Liegt ein Pflegegrad §15 SGB V/ Eingliederungshilfe § 53 SGB XII vor?		Ja	Nein
Wenn ja, welcher?			
Schwerbehindertenausweis vorhanden?		Ja	Nein
Gesetzlich versicherte Patienten: Haben Sie eine Zusatzversicherung?		Ja	Nein
Neuaufnahme in unser Erinnerungssystem (Recall/Termine):		Ja	Nein
Bestehendes Erinnerungssystem beibehalten (Recall/Termine):		Ja	Nein
Wie dürfen wir Sie erinnern (Recall/Termine)? Bitte auswählen:		Post	SMS E-Mail

.....

Sehr verehrter Patient!

Wir möchten Ihre Behandlung in Ruhe, ohne Zeitdruck, zu einem festen Termin innerhalb eines bestimmten Zeitraumes durchführen. Wir bitten Sie deshalb, Ihre Termine einzuhalten und nur in dringenden Fällen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Vielen Dank!

.....

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	Einnahme von Medikamenten? Welche? Bitte eintragen oder Medikamentenplan vorlegen!	
Haben Sie zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck?	Ja	Nein
Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? (z.B. Herzschrittmacher, bakterielle Endokarditis, Herzklappenersatz, angeborene oder erworbene Herzfehler/ Herzklappenfehler, Herzrhythmusstörung, koronare Herzkrankheit, ...)	Ja	Nein
Hatten Sie im letzten Jahr eine Operation?	Ja	Nein
Künstlicher Bluter (z.B. Xarelto, Lixiana, ASS, Efient, Eliquis, Pradaxa, Plavix, Brilique, Iscover, ...)	Ja	Nein
Haben Sie eine Schilddrüsenunter- oder überfunktion?	Ja	Nein
Allergien? Unverträglichkeiten ? Wenn ja, welche Art? (z.B. Heuschnupfen, Medikamente) • Sind bei früheren zahnärztlichen Behandlungen Unverträglichkeiten aufgetreten? • bitte Allergiepass vorlegen!	Ja	Nein
Diabetes	Ja	Nein
Nierenerkrankung	Ja	Nein
Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	Ja	Nein
Atemwegserkrankung (z.B. Asthma)	Ja	Nein
Haben oder hatten Sie eine Tumorerkrankung? Wenn ja, welche?	Ja	Nein
Haben Sie in der Vergangenheit Bisphosphonate erhalten? (bei Osteoporose, Knochenkrebs)	Ja	Nein
Infektionserkrankung (z.B. Hepatitis, Gelbsucht, AIDS, ...)	Ja	Nein
Nervenerkrankung (z.B. Depressionen)	Ja	Nein
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel täglich?	Ja	Nein
Drogenkonsum? Wann? Welche Droge?	Ja	Nein
Besteht eine Schwangerschaft?	Ja	Nein
Bestehen z. Zt. sonstige Erkrankungen?	Ja	Nein

Datenschutz

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Die Datenschutzverordnung der Praxis kann auf Wunsch eingesehen werden.

Datum

Bitte speichern Sie dieses PDF-Formular auf Ihrem Computer, füllen es aus und senden es anschließend per E-Mail an kontakt@beierlein-zahn.de.