



Dr. Eisenbeiß

ZAHNMEDIZIN UND
ORALCHIRURGIE

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihre Behandlung so komplikationslos wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Anamnesebogen gewissenhaft auszufüllen. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient Frau/Herr/Kind
Vorname _____ Nachname _____ geb. _____

Versicherter
Vorname _____ Nachname _____ geb. _____

Anschrift
Straße / Nr. _____
PLZ _____ Ort _____

Telefon/E-Mail
privat _____ mobil _____ E-Mail _____

Beruf/Arbeitgeber _____

Name der gesetzlichen Krankenkasse/Privatkrankenkasse _____

Hausarzt _____

Allgemeine Gesundheitsangaben (Zutreffendes bitte ankreuzen, unterstreichen oder ergänzen)

ja nein

- Allergien (z.B. Metalle, Hausstaub, Antibiotika) welche? _____
- Blutdruck _____ O normal O niedrig O hoch
- Herz- / Kreislauferkrankungen _____
- Bypass / Stent / Herzschrittmacher _____
- Herzklappenerkrankung /-ersatz _____
- Herzinfarkt, Angina Pectoris _____
- Endokarditis – Prophylaxe _____
- Blutgerinnungsstörungen (z.B. Hämophilie) _____
- Nehmen Sie Blutverdünner? (z.B. Marcumar, Xarelto, Eliquis) _____
- Immunschwäche (HIV / AIDS) _____
- Lebererkrankung (Gelbsucht / Hepatitis A, B, C) _____
- Lungenerkrankung (z.B. Asthma / COPD) _____
- Nierenerkrankung _____
- Tuberkulose _____
- Epilepsie _____
- Rheuma, rheumatisches Fieber _____
- Schilddrüsenerkrankung _____
- Diabetes (Zuckerkrankheit) _____
- Tumorerkrankung _____

ja nein

- Einnahme von Bleomycin _____
- Osteoporose _____
- Einnahme von Bisphosphonaten
(z.B. Zolendronat, Alendronat, Zometa, Fosamax) _____
- künstliche Gelenke _____
- erhöhter Augeninnendruck (Glaukom, Grüner Star) _____
- Neigen Sie zur Ohnmacht? _____
- Rauchen Sie? Wie viele Zigaretten pro Tag? _____
- Waren oder sind Sie drogenabhängig? _____
- Trinken Sie Alkohol? nie gelegentlich regelmäßig _____
- Sonstige Krankheiten oder Medikamente? _____

Für unsere Patientinnen:

ja nein

- Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Woche? _____
- Nehmen Sie z.Zt. Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____

Zahnärztliche Gesundheitsangaben (Zutreffendes bitte ankreuzen, unterstreichen oder ergänzen)

ja nein

- Zahnfleischbluten/Zahnfleischrückgang _____
- Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Gähnen, Kauen) _____
- Schmerzen am Kopf/Nacken _____
- Schnarchen Sie? _____
- Haben Sie Interesse an einer besonders intensiven Vorsorge
gegen Karies und Zahnfleischrückgang? _____
- Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne,
kurz: mit Ihrem „Lächeln“, zufrieden? _____
- Tragen Sie Zahnersatz? Wenn ja, seit wie vielen Jahren?
Wann wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich geröntgt?
Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis? _____
- Möchten Sie an regelmäßige Kontrollen erinnert werden
(per Post, E-Mail oder Telefon)? _____
- Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und verpflichte mich etwaige Änderungen mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)

Datenschutzrechtliche Patienten-Einwilligung nach der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) Stand: 05/2018

Unserer Patienteninformation „Datenschutz“ können Sie entnehmen, warum und auf welcher rechtlichen Grundlage wir bestimmte personenbezogene Daten von Ihnen verarbeiten. Darüber hinaus ist es in unserem Interesse, die nachstehend genannten und auch im Anamnesebogen oder im persönlichen Gespräch erfragten personenbezogenen Daten von Ihnen zu erfahren, damit wir Sie unkompliziert kontaktieren und unsere Behandlung Ihnen gegenüber individuell gestalten, sowie Ihre individuellen Bedürfnisse für die Behandlung berücksichtigen können.

Wenn Sie mit der Verarbeitung der nachstehend aufgeführten personenbezogenen Daten einverstanden sind, kreuzen Sie bitte das jeweilige Feld an. Damit wird dokumentiert, dass Sie mit der Verarbeitung der nachstehend genannten personenbezogenen Daten einverstanden sind und Ihre diesbezügliche Einwilligung erklären.

Über die Erfüllung der sich aus dem Behandlungsvertrag ergebenden Pflichten hinaus werden die folgenden personenbezogenen Daten verarbeitet:

Adressdaten, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Versicherungsnummer, Familienstand, Beruf/Arbeitgeber, Anamnesedaten, Hausarzt, Kieferorthopäde, Allgemeinerkrankungen

- Die obige Erklärung habe ich verstanden. Sie ist vom Abschluss meines Behandlungsvertrages nicht abhängig.*
 Ich bestätige, dass diese Einwilligung freiwillig erfolgt.

WIDERRUFSRECHT

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

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)

Als Nachfolger der Praxis Dr. Peter Breuer möchten wir Ihren Besuch so reibungslos wie möglich gestalten. Hierfür ist die Übernahme Ihrer digitalen und analogen Patientendokumentation aus der Praxis Dr. Peter Breuer für uns hilfreich und von großem Vorteil. Aus diesem Grund bitten wir Sie um die Erlaubnis zur Übernahme Ihrer Patientenakte. Bei Fragen werden unsere Mitarbeiterinnen Sie hierzu gerne umfangreich informieren.

- Ich bin mit der Übernahme der Patientendokumentation aus der Praxis Dr. Peter Breuer durch die Praxis Dres. Elisabeth und Christoph Eisenbeiß einverstanden.*

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihre Zahnärzte ihre Zeit für Sie reservieren und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder die Ärzte noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die ganze Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (das heißt möglichst 48 Stunden bzw. bei Behandlungen in Vollnarkose möglichst 72 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten können nach § 615 Satz BGB § 287 ZPO berechnet werden.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)