

Anamnese (bitte vollständig ausfüllen)

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht: m w

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil)*

Telefon (geschäftlich)*

E-Mail*

Beruf*

Name der Krankenkasse / Versicherung

Geburtsort:

- Gesetzlich versichert – (Privat zusatzversichert)
 Privat versichert

Haben Sie eine Pflegestufe? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon*

*freiwillige Angaben

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum

Erziehungsberechtigter

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
---------------------------	------------------------	----------------------------------

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

- Hoher Blutdruck (Hypertonie) Ja Nein
Niedriger Blutdruck (Hypotonie) Ja Nein
Herzklappenerkrankung/-defekt Ja Nein
Herzerkrankung Ja Nein
Herzoperation Ja Nein
Herzschriltmacher Ja Nein

Infektionserkrankungen:

- HIV Ja Nein
Hepatitis Ja Nein
Tuberkulose Ja Nein
andere:

Allergien / Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhetika Ja Nein
Schmerzmittel Ja Nein
Antibiotika Ja Nein
andere:

Weitere Erkrankungen:

- Psychosomatische Erkrankungen Ja Nein
Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
Asthma Ja Nein
Lungenerkrankung Ja Nein
Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
Rheuma Ja Nein
Epilepsie Ja Nein
Diabetes Ja Nein
Nierenfunktionsstörungen Ja Nein
Ohnmachtsneigung Ja Nein
Erhöhter Augeninnendruck Ja Nein
andere:

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum Ja Nein

Alkoholgenuss Ja Nein

Raucher Ja Nein

Wenn ja, selten
oft regelmäßig

Wenn ja, 0-10 über
10 Zig./Tag

Regelmäßige Medikamente Ja Nein

Wenn ja, seit wann /
Name:

Schwangerschaft Ja Nein

Wenn ja, welcher
Monat:

Haben Sie Angst vor
zahnärztlicher Behandlung Ja Nein

Möchten Sie in Zukunft an Ihre Vorsorgetermine von uns erinnert werden?* Ja Nein
Benachrichtigung per Brief ?*

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?*

*freiwillige Angaben

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- **Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.**
- Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass ich bezüglich meiner freiwillig getätigten Auskünfte über den jeweiligen Verarbeitungszweck ausreichend informiert und mit der entsprechenden Verarbeitung durch die Zahnarztpraxis Jana Lambrecht auch einverstanden bin. Zudem ist mir durch die mir ausgehändigte Patienteninformation gem. Art. 13 DSGVO bekannt, dass ich jederzeit das Recht habe, die Einwilligung bezüglich der Verarbeitung meiner freiwillig erteilten Auskünfte für die Zukunft schriftlich (oder per E-Mail) zu widerrufen.

Datum

Unterschrift Patient (und oder ggf.
Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter)