



DENTARS
ZAHNARZTPRAXIS

Anamnesebogen

Anamnesebogen



Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zur Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname/Geburtsdatum _____

Straße / Nr. PLZ / Ort _____

Beruf _____

Tel. Festnetz /Handy _____

Tel.Geschäftlich/ E-Mail _____

Namer der Krankenkasse / privat Krankenversicherung _____

- gesetzlich versichert ja nein Zahnzusatzversicherung ja nein

oder

- privat versichert ja nein Basistarif ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

(z.B.Familienversichert)

Name / Vorname Geburtsdatum _____

Straße / Nr. PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt, Name, Ort _____

Telefonnummer _____

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n...

- Routinekontrolle neuen Zahnersatz Beratung Schmerzbehandlung
- „zweite Meinung“ andere Gründe

Wurde in letzter Zeit eine zahnärztliche Behandlung durchgeführt? _____

Wurde in den letzten zwei Jahren eine Röntgenaufnahme von den Zähnen gemacht?

Wenn ja, von wem? _____

-bitte wenden-

Leiden sie an Erkrankungen der / des



- | | | |
|--------------------|--------------------------|----------------------------|
| Kreislaufs | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leber | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Nieren | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schilddrüse | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Magen-Darm-Traktes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Gelenke (Rheuma) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wirbelsäule | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Haben Sie :

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|----------------------------|---|
| hohen Blutdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| niedrigen Blutdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Diabetes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Asthma | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Osteoporose | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Epilepsie | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Grüner Star | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Tuberkulose | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| HIV (Aids) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Hepatitis | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Wenn ja, welcher Typ? <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C |
| Ohnmachtsneigung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| Ohrensausen / Tinnitus | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |

Sonstige Infektionen / Erkrankungen: _____

Allergien ja nein
Wenn ja, wogegen? _____

eine Gelenkprothese ja nein
(z.B. künstliches Knie-oder Hüftgelenk) Wenn ja, wo genau? _____
Krebs / Tumor ja nein
Wenn ja, wo? _____

Zu Ihrem Herzen: Haben Sie

- Stents
- Herzschrittmacher
- Bypass
- künstliche Herzklappe
- Herzinfarkt
- Herzklappenentzündung
- Endokartitisprophylaxe pflichtig

Medikamente:

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Bisphosphonate ein? _____

Erhielten Sie Chemo- bzw. Bestrahlungstherapien? _____

Nehmen Sie Blutverdünnende Medikamente, wenn ja welche ? _____

Wer verordnet die blutverdünnenden Medikamente und aus welchem Grund?

Sind bei Ihnen jeweils Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

ja nein

Wenn ja, gegen welche? _____



Für unser Patientinnen

Sind Sie Schwanger? ja nein Wenn ja, in welcher Woche? _____

Leiden Sie unter:

Zahnfleischbluten ja nein

Parodontitis ja nein

überempfindlichen Zähnen ja nein

Kiefergelenksprobleme ja nein

Mundgeruch ja nein

Sind Sie Raucher? ja nein

Knirschen Sie mit den Zähnen ja nein

Möchten Sie an Ihre Kontrolluntersuchung erinnert werden? ja nein

Im Rahmen

unseres Recall-Systems erinnern wir Sie an Ihren jährlichen Zahnarztbesuch per Post / E-Mail / Anruf etc. (bitte angeben). _____

Hinweis zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindesten 24 Stunden vorher ab. Vielen Dank dafür!

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zur 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir gerne für Sie einen Verwandten / Bekannten oder ggf. ein Taxi an, dass Sie sicher nach Hause kommen.

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Dentars Zahnarztpraxis

Stefania Arnaudova

Schäffbräustrasse 11, 85049 Ingolstadt

ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Zahnärzte, Ärzte oder Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden etc., bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Ordinationen, Überweisungen, Arztbriefen etc). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

-bitte wenden-



EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies erforderlich und gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Zahnärzte, Ärzte oder Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden, Zahntechniker, die Kassenzahnärztliche Vereinigung, Beihilfestellen, private Krankenversicherungen, gesetzliche Krankenkassen, Gutachter, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, die Zahnärztekammer und privat(zahn)ärztliche Verrechnungsstellen sowie Steuerberater und die Finanzverwaltung sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zur Abstimmung von zahnmedizinischen und interdisziplinären Sachverhalten in Bezug auf Ihre allgemeine oder Zahngesundheit, zur Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von Fragen, die sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergeben, sowie ggf. erforderlichenfalls durch Vorlage von Dokumenten, die Ihre Daten beinhalten, beim Steuerberater bzw. bei der Finanzverwaltung. In jedem Fall erfolgt die Übermittlung von Daten ausschließlich an weitere berechnigte Empfänger.

SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung Ihrer Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetz, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein.

Die Patienteninformation zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) wurde mir gezeigt und hängt in der Praxis aus.

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit !

Datum _____

Unterschrift _____

Patient(in) / Erziehungsberechtigte(r) / Vormund