
ZAHNARZTPRAXIS

AM BUCHENKAMP

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin / sehr geehrter Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher. Wir bitten Sie nun, im Interesse einer komplikationslosen Behandlung, die folgenden Fragen möglichst vollständig zu beantworten. Sollten bei der Beantwortung Unklarheiten oder Fragen auftauchen, wenden Sie sich bitte an uns.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Adresse: _____ Ort / PLZ: _____
Telefon: _____ Mobil: _____ Email: _____
Versichert über : _____ Geburtsdatum: _____
Versicherung : _____ gesetzlich privat keine Versicherung

Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Krankheiten?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung (Klappenfehler/-Ersatz, Endocarditisrisiko etc.) | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Asthma oder COPD | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Hiv etc.) | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> MRSA Keim (Krankenhauskeim) | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> grauer <input type="checkbox"/> grüner Star |
| <input type="checkbox"/> Allergien (bitte unter Details spezifizieren) | |

Sonstiges / Details: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, wenn ja welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft, wenn ja welche Woche ? Ja Nein Woche: _____

Rauchen Sie, wenn ja wieviele Zigaretten pro Tag ? Ja Nein Menge: _____

Neigen Sie zu verstärkter Blutung bei Verletzungen ? Ja Nein

Bevorzugen Sie eine Behandlung in Vollnarkose Ja Nein

Bitte beachten Sie hierzu, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von lokaler Anästhesie bis zu 6 Stunden beeinträchtigt sein kann, sowie, dass eine Vollnarkose in der Regel mit Kosten verbunden ist, die nicht von der gesetzlichen Kasse übernommen werden.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Website Nachbarschaft
 Jameda Empfehlung

Sprechzeiten:
Mo., Do.: 8 - 12 und 14 - 18 Uhr
Di.: 11 - 15 und 17 - 20 Uhr
Mi., Fr.: 8 - 13 Uhr



Kontakt:
Buchenring 69
22359 Hamburg
040 6031700

Anamnesebogen Seite 2

Sind Sie interessiert an Informationen zu

- Veneers Bleaching Amalgamsanierung
 Ästhetik Implantaten Prophylaxe
 Unsichtbaren Zahnspangen

Wir bieten unseren Patienten den Service, Sie an die nächste Kontrolle nach Behandlungsabschluss zu erinnern. Wie dürfen wir Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnern?

- Telefon Post Email

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher vertraulich behandelt. Ich verpflichte mich, sie über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Datum

Patient / Erziehungsberechtigter

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

- Dokumentation / Abrechnung mit der GKV
 Kommunikation mit Labors
 Recallsystem / Terminerinnerung

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).

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

Datum

Patient / Erziehungsberechtigter

Sprechzeiten:

Mo., Do.: 8 - 12 und 14 - 18 Uhr
Di.: 11 - 15 und 17 - 20 Uhr
Mi., Fr.: 8 - 13 Uhr



Kontakt:
Buchenring 69
22359 Hamburg
040 6031700