



PRAXISOLIVIER

ZAHNARZT IN HERNE

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um eine umfassende Beratung und Behandlung durchführen zu können, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank.

Ihr Dr. Tim Olivier, MSc & Team

Patient

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Versicherte

Person (falls abweichend)

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon

Privat _____ Geschäftlich _____ Mobil _____

Fax / E-Mail

Privat _____ Geschäftlich _____ E-Mail _____

Beruf

Berufsbezeichnung _____

Name der Krankenkasse

Krankenkasse _____

Sind Sie
beihilfeberechtigt? Ja Nein

Zahnzusatzversicherung

Ja Nein

Name der Versicherung _____

Warum suchen Sie uns heute auf?

Besteht bei Ihnen eine der nachfolgenden Erkrankungen?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Herzerkrankung / Rhythmusstörung | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="radio"/> Tragen Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="radio"/> Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, TBC, HIV) |
| <input type="radio"/> Hoher Blutdruck | <input type="radio"/> Lebererkrankung (z.B. Gelbsucht) |
| <input type="radio"/> Niedriger Blutdruck | <input type="radio"/> Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD) |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Nierenerkrankung |
| <input type="radio"/> Allergien – wenn ja, welche: | <input type="radio"/> Sonstige Krankheiten – wenn ja, welche: |

Bitte wenden ►



Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?

- Herzmedikamente
 - Blutverdünner (z.B. Marcumar oder ASS)
 - Schmerzmittel
 - Cortison
 - Andere Medikamente? (Bitte Name und Dosierung notieren)
 - Bisphosphonate (Osteoporose)
 - Schilddrüsenmedikamente
 - Antidepressiva
-

Weitere Angaben

- Haben Sie Zahnfleischbluten?
- Besteht Zahnfleischrückgang?
- Schlechten Geschmack im Mund?
- Schmerzen am Kopf oder Nacken?
- Geräusche am Kiefergelenk?
- Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel / Tag: _____
- Besteht eine Schwangerschaft? Ja, Woche: _____
- Sind Sie mit Aussehen / Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden?
- Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich versorgt?
Vor _____ Monaten

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Telefonbuch / Gelbe Seiten
 - Sonstiges
 - Internetsuchmaschine (z.B. Google)
 - Internetpräsenz (unsere Website)
-

Wünschen Sie, regelmässig an Präventivtermine durch unseren Recall-Service erinnert zu werden?

- Ja, per: Telefon E-Mail Brief Nein

DATENSCHUTZ / DSGVO

Diese Informationen werden für die bestmögliche Behandlung benötigt. Dazu werden die Daten in unser Computersystem eingepflegt und elektronisch weiterverarbeitet. Die Weiterverarbeitung erfolgt daher im Rahmen des Behandlungsvertrages. Diese Informationen werden nach der gesetzlichen Vorgabe verarbeitet und gespeichert. Nach der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht löschen wir Ihre Daten. Die Frage „Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden“ wird nur für eigene statistische Zwecke ausgewertet. Sie haben ein Recht auf Löschung, Berichtigung und Einsicht Ihrer Daten. Außerdem haben Sie das Recht der Datenportabilität nach der DSGVO.

Sie haben das Recht, als Betroffener sich bei der zuständigen Datenschutzbehörde (Landesbeauftragte für den Datenschutz Nordrhein-Westfalen) zu beschweren. Weitere Informationen erhalten Sie unter info@zahnmedizin-herne.de

Ich habe die Datenschutzbelehrung gelesen und bin mit der Verarbeitung meiner Daten nach der DSGVO einverstanden.

Herne, den

Unterschrift