

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT,
HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS.

Wir, das Team von B₂V DR BRANDT + KOLLEGEN, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Um Ihnen eine Betreuung auf hohem Niveau zu gewährleisten und gezielt auf Ihre individuellen gesundheitlichen und persönlichen Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

KONTAKTDATEN

Name Vorname		Titel	Geschlecht
Straße Hausnummer		Geburtsdatum Geburtsort	
Postleitzahl Ort		Telefon (zu Hause)	
Telefon (mobil) *Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen	E-Mail *Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen	Krankenkasse	

Hausarzt (Name | Ort | Telefon)

*Freiwillige Angabe – sollte die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll sein, kommen wir für eine entsprechende Einwilligung auf Sie zu.

KRANKENKASSE | VERSICHERUNG

Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Freiwillig	<input type="checkbox"/> Pflicht
Privat versichert	<input type="checkbox"/> Basistarif	<input type="checkbox"/> Standardtarif
Haben Sie eine Zusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Wenn Sie nicht selbst krankenversichert sind, wer ist versichert?

Name Vorname			
Straße Hausnummer		Geburtsdatum	
Postleitzahl Ort		Telefon (zu Hause)	
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	<input type="checkbox"/> Webseite	<input type="checkbox"/> Jameda	<input type="checkbox"/> Zeitungsanzeige
* Freiwillige Angabe – hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik	<input type="checkbox"/> Empfehlung von	_____	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges	_____	

ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- Haben Sie Zahnfleischprobleme, Blutungen beim Zähneputzen oder Zahnfleischrückgang?
- Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden oder leiden Sie häufig an Kopf- | Nackenschmerzen oder Migräne?
- Leiden Sie unter Bruxismus (pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen)?
- Leiden Sie unter Mundgeruch oder schlechtem Geschmack im Mund?
- Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?
- Wurde bei Ihnen bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?
- Wurden in der Vergangenheit regelmäßig Zahnreinigungen durchgeführt?
*Freiwillige Angabe – diese Angabe ist für die Behandlung sinnvoll, jedoch nicht zwingend erforderlich
- Sind Sie mit Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?
*Freiwillige Angabe – diese Angabe ist für die Behandlung sinnvoll, jedoch nicht zwingend erforderlich
- Haben Sie besondere Anliegen, die Sie uns mitteilen wollen?
*Freiwillige Angabe – diese Angabe ist für die Behandlung sinnvoll, jedoch nicht zwingend erforderlich

Wenn ja, welche? _____

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Hinweis zur Organisation: Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen können.

Ort | Datum

Unterschrift

HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN - *HINWEIS ZU FREIWILLIGEN ANGABEN

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

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

Ort | Datum

Unterschrift

BITTE SEITE 3 BEACHTEN

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen (z.B. Asthma) |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt |
| <input type="checkbox"/> Gelenke (Rheuma) | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Erhöhter Augeninnendruck |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Immunsuppression | <input type="checkbox"/> Psychosomatische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Verlängerte Blutungszeit | | |
| <input type="checkbox"/> Allergien (bitte Allergiepass vorlegen) | | |

Wenn ja, welche? _____

- Diabetes

Wenn ja, welcher Typ? _____

- Herzerkrankungen (z.B. Infarkt | Angina pectoris | Herzklappenerkrankung | Herzschrittmacher | Herzrhythmusstörungen)

Wenn ja, welche? _____

- Kreislauferkrankungen (z.B. Bluthochdruck | Durchblutungsstörung | Schwindel)

Wenn ja, welche? _____

- Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis | HIV/AIDS | Tuberkulose | Krankenhauskeime | Creutzfeldt-Jakob/Varianten)

Wenn ja, welche? _____

- Sonstiges _____

SPEZIELLE FRAGEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Nehmen Sie Bisphosphonate ein?

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder gegen Betäubungen aufgetreten?

Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft? Woche | Monat _____

Rauchen Sie? Menge pro Tag _____

Schnarchen Sie?

Wann war Ihre letzte Röntgen-Untersuchung? _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Ort | Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!
Ihr Team von B₂V DR BRANDT + KOLLEGEN