

## Anmeldebogen mit Anamnese (Krankengeschichte)

Name .....	Krankenkasse .....
Vorname .....	<b>Wenn nicht selbst versichert: Wer ist Versicherter?</b>
Geburtsdatum .....	Name .....
Adresse .....	Vorname .....
	Geburtsdatum .....
Tel. privat .....	Zusatzversicherung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Tel. mobil .....	<b>Wer ist Ihr Hausarzt?</b>
E-Mail .....	Name/Ort .....

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!**  
**Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.**

### Liegen bei Ihnen folgende Erkrankungen vor?

Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Creutzfeldt-Jakob Krankheit (CJK)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Endokarditis (Entzündung der Herzinnenwand)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Neue Variante der CJK	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzklappenfehler/ -ersatz	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Gelenkprothesen/Implantate	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Tumore/Krebs	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Bluthochdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Bisphosphonattherapie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzoperation	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Sind Sie Träger multiresistenter Keime?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Allergie auf Anästhesie (Spritzen)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Infektionserkrankungen (zB. HIV, Tuberkulose)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Allergie auf Antibiotika (Penicillin)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Hepatitis A/B/C	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Allergie auf Schmerzmittel	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Lebererkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Allergie auf Latex	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Anfallsleiden/Epilepsie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Sonstige Allergien: .....	
Asthma/Lungenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Sind Sie Angstpatient?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Magen-, Darmerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Knirschen Sie mit ihren Zähnen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Nierenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Osteoporose	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Liegt eine Schwangerschaft vor?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Alkohol-/Drogenabhängigkeit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	falls schwanger: Welche Woche? .....	

**Sonstige Erkrankungen** .....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit ein? .....

Wann wurde die letzte zahnärztliche Röntgenaufnahme gemacht? .....

Unsere Praxis wurde Ihnen empfohlen von: .....

**Ich verpflichte mich, alle Änderungen die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, umgehend mitzuteilen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Termine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vorher abzusagen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden mit einer Ausfallgebühr pro angefangene halbe Stunde mit 100 Euro berechnet. Ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogener Daten entsprechend der europäischen Datenschutzgrundverordnung (siehe Aushang im Wartezimmer) zu.**

Beilstein, den ..... Unterschrift .....

## Datenschutzerklärung

Name, Vorname .....

Die EU-Datenschutzverordnung vom 25.5.2018 verpflichtet uns, Sie über den Umgang mit Ihren Patientendaten zu informieren. Im Wartezimmer ist das Informationsschreiben zur Erhebung personenbezogener Daten ausgehängt. Jede

weitere Einwilligung ist freiwillig und jederzeit widerrufbar. Selbstverständlich werden Ihre Daten nur innerhalb unserer Praxisverwaltungssoftware genutzt und verbleiben im System.

## Terminreminderung

Als besonderen Service erinnern wir Sie an länger dauernde Termine (z.B. OP-Termine, Präparations- und PZR-Termine).

### Ich wünsche eine Terminreminderung:

(Bitte ankreuzen)

- per SMS an die Handynummer .....
- per E-Mail an folgende E-Mail-Adresse .....
- telefonisch unter .....

Der Termin und Ihr Name können aus technischen Gründen bei Erinnerungen über SMS und Email nur unverschlüsselt übermittelt werden.

Beilstein, den .....

Unterschrift .....