



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine angemessene und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Herr/Frau/Kind

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Mitglied

Anschrift

Straße _____ Nr. _____ Tel. privat/tagsüber _____

Postleitzahl _____ Ort _____ Mobil _____

E-Mail _____

Krankenkasse/

Zusatzversicherung

Beruf

Für Kassenpatienten:

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten möglich ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

ja nein

Wünschen Sie über unser intensives **Prophylaxeprogramm** informiert zu werden?

ja nein

Wünschen Sie von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden?

ja nein telefonisch / per Brief / per Postkarte / per E-Mail _____

Bestellpraxis - Hinweise zur Organisation:

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, daß Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen - dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen. Änderungen zu meinen Behandlungsdaten werde ich Ihnen stets mitteilen. Ich berechne Sie ferner hiermit, meine ggf. auf EDV gespeicherten Behandlungsdaten zur Weiterbehandlung einem evtl. Praxiskollegen zu übergeben.

Einwilligung zur Datenverarbeitung gemäß EU-DSGVO:

Im Rahmen Ihrer Behandlung werden in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert. Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind.

Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO notwendig. Ohne die Erhebung und Speicherung der Daten ist die Behandlung nicht möglich. Die von Ihnen erhobenen und gespeicherten Gesundheitsdaten sind besondere Daten, deren Berechtigung zur Verarbeitung aus Art. 9 Abs. 2 h) EU-DSGVO folgt.

Gemäß **EU-DSGVO Datenschutzgrundverordnung** willige ich hiermit der Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der Leistungserbringung und Abrechnung bis auf Widerruf ein. Die vollständigen 'Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten' sind in der Praxis einsehbar.

Datum _____

Unterschrift _____

Aufnahmebogen

Ärztliche Behandlung:	Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hausarzt/Facharzt:	Name, Adresse und Telefonnummer:	
Medikamente:	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?	
Allergien:	Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzerkrankungen:	Herzschwäche (Insuffizienz)? Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? Herzasthma, Angina Pectoris? Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? Sonstiges?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kreislaufferkrankungen:	Zu hoher Blutdruck? Zu niedriger Blutdruck? Zustand nach Herzinfarkt? Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? Sonstiges?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vegetative Erkrankungen:	Ohnmachtsanfälle? Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? Sonstiges?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stoffwechselerkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes)? Magen-Darmerkrankungen? Schilddrüsenerkrankungen? Sonstiges?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen des Nervensystems:	Epileptiforme Anfälle? Krämpfe? Sonstiges:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bluterkrankungen:	Blutungsneigung (Hämophilie)? Blutarmut (Anämie)? Sonstiges?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Infektionskrankheiten:	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B)? Tuberkulose? Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? Wurde bei Ihnen ein HIV-Test durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis? Sonstiges?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Weitere Angaben:	Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Röntgen:	Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo? Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwangerschaft:	Wenn ja, in welchem Monat?	

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Datum: _____

Unterschrift: _____

السيرة المرضية Anamnesebogen

Patient/in

المريض

Name: Vorname: geb. am:
 الكنية الاسم تاريخ الميلاد

Erziehungsberechtigte/r

المسؤول المرافق

Name: Vorname: geb. am:
 الكنية الاسم تاريخ الميلاد

Anschrift

العنوان

Straße
 الشارع

PLZ Ort
 رقم المدينة المدينة

Telefon
 الهاتف

Mobil
 موبائل

E-Mail
 أيميل

Für Ihre Behandlung benötigen wir folgende Angaben

معلومات ضرورية للعلاج

Leiden Sie an ...?

هل أنت مصاب أو مصابة بأحد الأمراض التالية؟

Herz-, Kreislaufbeschwerden القلب أو ضغط الدم ja نعم nein لا

Diabetes mellitus أمراض السكر ja نعم nein لا

Schilddrüsenerkrankung الغدة الدرقية ja نعم nein لا

Lebererkrankungen أمراض الكبد ja نعم nein لا

Bluterkrankungen النزف وعدم تخثر الدم ja نعم nein لا

Infektionskrankheiten (Tbc, HIV+, Hepatitis) أمراض معدية (سل, التهاب كبد, أيدز) ja نعم nein لا

Erkrankung des Nervensystems أمراض الجهاز العصبي ja نعم nein لا

Allergien التحسس ja نعم nein لا

Besteht eine Schwangerschaft? للنساء: هل أنت حامل ja نعم nein لا

Nehmen Sie Medikamente ein? هل أنت تحت العلاج بأدوية معينة ja نعم nein لا

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie ein? ماهي الأدوية المتناولة؟ ja نعم nein لا

Hiermit bestätige ich, alles gelesen und verstanden zu haben.

أصادق على قراءة وفهم كل ما سبق .

Datum: التاريخ

Unterschrift: التوقيع