



ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir, das Team der Praxis Florian Quöß, möchten Ihnen den Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSÖNLICHE DATEN

Name | Vorname

Titel

Straße | Hausnummer

Geburtsdatum | Geburtsort

Postleitzahl | Ort

E-Mail *Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.

Telefon (privat)

Telefon (mobil) *Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.

Beruf | Arbeitgeber *Freiwillige Angabe – diese Information kann für Ihre Behandlung relevant sein, z.B. da bestimmte Berufsgruppen erhöhtes Kariesrisiko haben.

Hausarzt (Name | Ort)

Versicherung

Name der Krankenversicherung

Sind Sie familienversichert?

Ja Nein

Wenn ja, über wen? (Name | Geb. | Adresse)

Besteht eine Zusatzversicherung für zahnärztliche Leistungen?

Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

*Freiwillige Angabe – hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

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

	Ja	Nein		Ja	Nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzoperation (Klappenersatz Stent Herzschrittmacher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grüner Star Glaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herz- Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leber- Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenveränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operation im Mund- Kiefer- Gesichtsbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten	Ja	Nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunsuppression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlängerte Blutungszeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhauskeime (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Creutzfeldt-Jakob-Krankheit Varianten CJK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein			
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____		
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, in welcher Woche welchem Monat? _____		
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____		
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<small>*Freiwillige Angabe – diese Angabe ist für die Behandlungsplanung relevant.</small>					
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<small>*Freiwillige Angabe – diese Angabe ist für die Behandlungsplanung relevant.</small>					
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Leiden Sie an Mundgeruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

NEHMEN SIE EINES DER FOLGENDEN MEDIKAMENTE EIN?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Blutdruckmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bisphosphonate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kortison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutverdünnende Medikamente (ASS®, Marcumar®, Xarelto®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige: _____

Hinweis zur Organisation:

Da unsere Praxis mit einem Bestellsystem arbeitet, wird die Zeit für vereinbarte Termine exklusiv für Sie reserviert. Vermeiden Sie daher bitte kurzfristige Terminabsagen und -verschiebungen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir uns für nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, entsprechend BGB § 611 und 615 vorbehalten, diese in Rechnung zu stellen.

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit nach längerer Behandlungszeit und Injektion zur Schmerzausschaltung 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.

Ort | Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!
Ihr Team der Praxis Florian Quoß

Hinweise zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten

*Hinweis zu freiwilligen Angaben

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine erteilte Einwilligung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 DS-GVO). Im Falle eines Widerrufs werden meine personenbezogenen Daten für die vom Widerruf umfassten Zwecke (z.B. Recall-Service, Terminerinnerung) nicht weiter verwendet, soweit keine gesetzlichen Hinderungsgründe bestehen. Über die Datenverarbeitung in der Praxis Florian Quoß wurde ich informiert. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass an mich versendete E-Mails nach dem derzeitigen Stand der Technik transportverschlüsselt übermittelt werden, eine Inhaltsverschlüsselung findet nicht statt. Ich wurde darüber informiert, dass ich auch hierfür meine Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

Ort | Datum

Unterschrift

Florian Quoß | Zahnarzt & Zahntechniker

Waagstraße 1 | 91710 Gunzenhausen | Telefon: 09831/50 27 0 | info@praxis-quoss.de | www.praxis-quoss.de