

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN



DIMITRIOS VOGIATZIS
ZAHNMEDIZIN

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

Wir, das Team der Praxis für Zahnmedizin Dimitrios Vogiatzis, 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.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name / Vorname	Titel
Straße / Hausnummer	Geburtsdatum / Geburtsort
Postleitzahl / Ort	Telefon (privat)
E-Mail	Telefon (mobil)

*Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kommunikation über dieses Medium wünschen, selbstverständlich erfolgt die Kommunikation hier verschlüsselt von unserer Seite.

*Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktaufnahme von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.

Hausarzt (Name / Ort)

KRANKENKASSE / VERSICHERUNG

Gesetzlich versichert	☐ Freiwillig	☐ Pflicht
Privat versichert	☐ Basistarif	☐ Standardtarif
Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?	☐ Ja	☐ Nein
Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?	☐ Ja	☐ Nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist versichert?

Name / Vorname	Geburtsdatum / Geburtsort
Straße / Hausnummer	Postleitzahl / Ort
	Telefon (privat)

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

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

☐ Asthma	☐ Allergien	Wenn ja, welche? _____	☐ Haben Sie einen Allergiepass?
☐ Diabetes	☐ Endokarditisprophylaxe	☐ Herzinfarkt	☐ Herzfehler / künstliche Herzklappe
☐ Herzschrittmacher	☐ Hoher Blutdruck	☐ Niedriger Blutdruck	☐ Ohrensausen / Tinnitus
☐ Epilepsie	☐ Grüner Star	☐ Leber	☐ Nieren
☐ Schilddrüse	☐ Magen-Darm-Trakt	☐ Gelenke (Rheuma)	☐ Osteoporose
☐ Tumorerkrankung	☐ Immunsuppression	☐ Schlaganfall	☐ Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen
☐ Andere nicht aufgeführte Erkrankungen? _____			

Leiden Sie unter folgenden Infektionskrankheiten?

☐ Hepatitis	☐ A	☐ B	☐ C	☐ Tuberkulose	☐ Creutzfeldt-Jakob (CJK) / Varianten CJK
☐ HIV / AIDS				☐ Krankenhauskeime (z.B. MRSA etc.)	

BITTE WENDEN

Nehmen Sie Medikamente ein?

- | | | | |
|--|--|---|---|
| ☐ Blutdruckmedikamente | ☐ Bisphosphonate | ☐ Schmerzmittel | ☐ Blutverdünnende Medikamente
(z.B. Marcumar®, Xarelto®,
Eliquis®, Pradaxa® oder ASS®) |
| ☐ Herzmedikamente | ☐ Cortison (Kortikoide) | ☐ Antidepressiva | |
| ☐ Sonstige Medikamente? _____ | | | |

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten? ☐

Wenn ja, gegen welche? _____

SONSTIGE ANGABEN

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ Wenn ja, welche Woche / Monat? _____

Rauchen Sie? ☐ Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

Schnarchen Sie? ☐

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

*Freiwillige Angabe – hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik.

ANGABEN ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Leiden Sie unter Zahnschmerzen? | ☐ | Leiden Sie unter Mundgeruch? | ☐ |
| Blutet Ihr Zahnfleisch? | ☐ | Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung? | ☐ |
| Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? | ☐ | Wurde bei Ihnen bereits eine kiefer-
orthopädische Behandlung durchgeführt? | ☐ |
| Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen? | ☐ | | |
| Sonstiges? _____ | | | |

AUFKLÄRUNG ÜBER DIE ZAHNÄRZTLICHE LOKALANÄSTHESIE

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.

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 müssen.

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

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

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit! Ihr Team der Praxis für Zahnmedizin Dimitrios Vogiatzis