

# ANAMNESE-ERHEBUNGSBOGEN

Patient  
Herr/Frau/Kind

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift

Straße/Hausnr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte/r  
Zahlungspflichtiger

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift

Straße/Hausnr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Ihr Hausarzt ist \_\_\_\_\_

Ihr Zahnarzt ist \_\_\_\_\_

Versicherungsstatus

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> privat versichert | <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> Zuzahlungsbefreiung für: |
| <input type="checkbox"/> Beihilfe          | <input type="checkbox"/> pflichtversichert     | _____   |
| <input type="checkbox"/> Standard          | <input type="checkbox"/> freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> Beihilfe                 |
| <input type="checkbox"/> Vollversichert    |  | <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung       |
|  |  | <input type="checkbox"/> Kostenerstattung         |

Bitte beantworten Sie im Interesse einer komplikationslosen Behandlung folgende Fragen möglichst vollständig:

- |                          | ja                       | nein                     |                           | ja                       | nein                     |                             | ja                       | nein                     |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Herzschwäche             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzklappenersatz/-fehler | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lungenerkrankung            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asthma (schwere Atemnot) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluterkrankungen          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leberkrankheiten            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zuckerkrankheit          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blutgerinnungsstörungen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis A/B/C (Gelbsucht) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rheuma                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HIV-Infektion             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anfallsleiden (Epilepsie)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dialyse                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Magen-, Darmerkrankung    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bisphosphonattherapie       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | TBC                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenerkrankung      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit

von Medikamenten bzw. Materialien  ja  nein wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Herzinfarkt/Stent, Bypass-OP  ja  nein \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Marcumar?  ja  nein \_\_\_\_\_

Schlaganfall  ja  nein Lähmungen  ja  nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein

Liegt eine Krebserkrankung vor?  ja  nein ggf. welche? \_\_\_\_\_

Bestrahlungstherapie  ja  nein

Chemotherapie  ja  nein ggf. welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  ja  nein ggf. welche? \_\_\_\_\_

Ist eine Endokarditisprophylaxe notwendig?  ja  nein

Rauchen Sie?  ja  nein

Nehmen Sie Drogen?  ja  nein

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein  ungewiss ggf. welche Woche? \_\_\_\_\_

Liegt/lag eine Unfallverletzung im

Mund-/Kiefer- oder Gesichtsbereich vor?  ja  nein Unfalldatum \_\_\_\_\_

Art der Verletzung \_\_\_\_\_

**BITTE WENDEN**

Sonstige Angaben/andere Krankheiten \_\_\_\_\_

Medikamente/Dosierung \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Röntgenpass?  ja  nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/Computertomographie? (Datum/Körperteil) \_\_\_\_\_

Sehr geehrte/r Patient/in, bitte bedenken Sie: Sie kommen in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet, dass wir uns alle intensiv um geringe Wartezeiten für Sie bemühen. Das bedeutet aber auch, dass Sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, **spätestens 24 Stunden** vorher absagen müssen, da Ihnen sonst die vorgesehene Arbeit bzw. die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden kann (§§ 304,615 BGB). Wir berechnen **190,00 € je angefangener Stunde**.

Erhalten Sie wegen Beschwerden und Schmerzen einen Nottermin, so müssen Sie aus organisatorischen Gründen leider mit Wartezeit rechnen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten sowie eventuellen Fotoaufnahmen zur Nutzung forensischer Zwecke u. Vorträge (ausschließl. zur Verwendung bei Weiterbildung) ausdrücklich zu.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r

Einwilligung zur schriftlichen und mündlichen Datenweitergabe  
(gem. DSGVO) / Schweigepflichtsentbindung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass eine Kontaktaufnahme durch die Zahnchirurgie Brühl erfolgt bzw. ärztliche Befunde und Röntgenbilder von/an mitbehandelnden Praxen angefordert und weitergeleitet werden dürfen. Gleichzeitig sind die Mitarbeiter der Haus(Zahn)ärztlichen Praxis von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Zahnchirurgie Brühl entbunden. Diese Einwilligung beruht auf meiner freien Entscheidung, mir ist bewusst, dass eine Verweigerung dieser unter Umständen zu Fehlbehandlungen führen könnte, da die Übermittlung von fachzahnärztlichen Informationen nicht stattfinden konnte.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r

Einverständniserklärung

Für die optimale Terminverwaltung setzen wir das Terminmanagementsystem von Doctolib ein. Es bietet uns einerseits ein modernes Kalendersystem und andererseits unseren Patienten die Möglichkeit, auf der Seite <https://www.doctolib.de> mit uns Termine online zu vereinbaren. Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnern. Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, bitten wir Sie der Rezeption Bescheid zu geben.

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden mit der Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der Forderung erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientendatei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und -verläufe) an **ziffernblock** Zahnärztliches Abrechnungsbüro, Reuteweg 2, 74369 Löchgau. Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen bzw. bis zu Ihrem schriftlichen Widerruf. Ich entbinde die Praxisinhaber von der Schweigepflicht, soweit dies für die zahnärztliche Abrechnung erforderlich ist.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r