

Erfassungsbogen / Anamnese

Vor- und Zuname, Titel: _____ Geburtsdatum: _____

Name Hauptversicherter: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ Ort: _____

Telefon (privat): _____ (dienstlich): _____ (mobil): _____

E-Mail: _____ Beruf: _____ Gewicht (ca.): _____

Krankenkasse: _____ Privat: _____ Beihilfe: _____

Überweisender Arzt / Zahnarzt: _____ Hausarzt: _____

JA NEIN

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? wenn ja, welche? _____ ☐ ☐

Vertragen sie gewisse Arzneimittel nicht? wenn ja, welche? _____ ☐ ☐

Haben Sie Heuschnupfen, Jod- oder Penicillinallergie, Hautausschläge, Allergiepaß? _____ ☐ ☐

Treten bei Ihnen nach Verletzungen oder Zahnziehen stärkere Blutungen auf? _____ ☐ ☐

Leiden oder litten Sie an den nachstehend aufgeführten Krankheiten?

JA NEIN

Herzerkrankung (z.B. Infarkt, Angina pectoris) ☐ ☐

Hoher Blutdruck _____ ☐ ☐

Niedriger Blutdruck _____ ☐ ☐

Schlaganfall _____ ☐ ☐

Blutarmut _____ ☐ ☐

Nierenerkrankungen _____ ☐ ☐

Zuckerkrankheit _____ ☐ ☐

Infektionskrankheiten _____

(z.B. Tuberkulose, Hepatitis, Aids/HIV) _____ ☐ ☐

Haben Sie andere ernsthafte Erkrankungen? _____ ☐ ☐

Wenn ja, welche: _____

Rauchen Sie? _____ ☐ ☐ Wenn ja, wieviel?: _____ seit wann?: _____

Besteht eine Schwangerschaft? _____ ☐ ☐ Wenn ja, seit wann?: _____

Sind Sie Blutspender? _____ ☐ ☐

JA NEIN

Migräne _____ ☐ ☐

Lebererkrankungen _____

(z.B. Gelbsucht, Leberzirrhose) _____ ☐ ☐

Rheuma _____ ☐ ☐

Asthma _____ ☐ ☐

Nervenerkrankungen _____ ☐ ☐

Krampfleiden _____ ☐ ☐

Schilddrüsenerkrankungen _____ ☐ ☐

Osteoporose _____ ☐ ☐

Tumorleiden _____ ☐ ☐

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass während der Behandlung Foto- und Videomaterial zu Dokumentationszwecken erstellt werden. Da die Praxis auch als Hospitations- und Fortbildungszentrum fungiert, können weitere Zahnärzte bei den Behandlungen zu Lehrzwecken anwesend sein. Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis 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)