

Anmelde- und Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir, das Team der Praxis ART 32 | Dr. Kristina Varga & Kollegen | Zahnmedizin, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten.

Um Ihnen eine Betreuung auf höchstem 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.

Patientendaten

Name _____	Titel _____
Vorname _____	Geburtsdatum -ort _____
Straße Hausnummer _____	PLZ Ort _____
Telefon (privat) _____	Telefon (mobil)* _____
Telefon (geschäftlich)* _____	Beruf** _____
E-Mail* _____	Hausarzt*** _____

Wie sind Sie versichert?

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Gesetzlich versichert Freiwillig Pflicht

Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung?

Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?

Privat versichert Basistarif Standardtarif

Ja Nein

Ja Nein

Versicherter

Falls abweichend vom Patienten.

Name _____	Vorname _____
Straße Hausnummer _____	PLZ Ort _____
Geburtsdatum -ort _____	Telefon (privat) _____

Angaben zu Ihrer Gesundheit

Zutreffendes bitte ankreuzen.

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> Haben Sie einen Allergiepass? |
| <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Herzfehler künstliche Herzklappe |
| <input type="checkbox"/> Endokarditisprophylaxe <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/> Ohrensausen Tinnitus | <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Grüner Star |
| <input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/> Nieren | <input type="checkbox"/> Schilddrüse <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt |
| <input type="checkbox"/> Gelenke (Rheuma) <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung <input type="checkbox"/> Immunsuppression |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen | |

Sonstige Erkrankungen _____

Leiden Sie unter folgenden Infektionskrankheiten?

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> HIV AIDS | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Krankenhauskeime (z.B. MRSA etc.) | <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob (CJK) Varianten CJK |
| <input type="checkbox"/> Test COVID-19 | Letzte Testung am _____ |
| <input type="checkbox"/> Impfung COVID-19 | Impfung am _____ |

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

** Freiwillige Angabe | diese Information kann hilfreich für die Behandlung sein.

*** Freiwillige Angabe | wenn die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bezüglich einer Einwilligung auf Sie zu.

Nehmen Sie Medikamente ein?

Zutreffendes bitte ankreuzen.

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

Sonstige Medikamente? _____

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

Wenn ja, gegen welche? _____

Zu Ihrer Zahngesundheit

Zutreffendes bitte ankreuzen.

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

Sonstiges _____

Was führt Sie zu uns? * _____

Wünschen Sie besondere Beratung über: *

- Ästhetische Zahnheilkunde Keramische Verblendschalen (Veneers)
- Zahnaufhellung | Bleaching Zahnimplantate

Gab es bei Ihrem vorbehandelnden Zahnarzt Komplikationen? * _____

* Freiwillige Angaben | diese Angaben sind für die Behandlung sinnvoll, jedoch nicht zwingend erforderlich.

- Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher Woche? _____
- Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____
- Schnarchen Sie?

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung im Bereich der Zähne? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? ** _____

** Freiwillige Angabe | hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik.

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.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

HINWEIS ZUR ORGANISATION

Wir werden, falls erforderlich, gleich mehrere Termine für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind am vereinbarten Termin nur für Sie da. Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Termine, die nicht 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) berechnen müssen.

DATUM | ORT

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).

DATUM | ORT

UNTERSCHRIFT

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!

Dr. Kristina Varga & Kollegen
Zahnmedizin

A FRIEDRICH-EBERT-ANLAGE 11A | 63450 HANAU | T 06181 31539
F 06181 399181 | M PRAXIS@ART32.DENTAL | W ART32.DENTAL