



ANAMNESEBOGEN

KONTAKTDATEN

Name	_____	Vorname	_____
Straße	_____	PLZ/Wohnort	_____
Telefon	_____	Mobil	_____
Geb. Datum	_____	E-Mail	_____
Beruf	_____	Hausarzt	_____
Grund Ihres Besuches	_____	Überweisender Arzt	_____
Versicherungsname	_____	Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?	_____

Wie sind Sie versichert? Privat Gesetzlich Beihilfe Zusatzversichert

ALLGEMEINERKRANKUNGEN

Ja	Nein	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Asthma
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rheuma
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osteoporose
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutgerinnungsstörungen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose, Aids)? Wenn ja, welche? _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie körperliche oder geistige Entwicklungsstörung? Wenn ja, welcher Art? _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bestehen ernsthafte Erkrankungen? Wenn ja, welche? _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie eine Herzerkrankung? Wenn ja, welche? _____

ALLERGIEN/ ÜBEREMPFINDLICHKEITEN

Ja	Nein	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Latex
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____
		Bestehen weitere Unverträglichkeiten? _____

FRAGEN ZUR GEBISSITUATION

Was stört Sie an Ihrer Zahn-/Kieferstellung?

Ja Nein

- Waren Sie oder befinden Sie sich in kieferorthopädischer Behandlung? Wenn ja, Wo und wie lange? _____
- Werden regelmäßig Zahnreinigungen durchgeführt?
- Wurde in den letzten 2 Jahren Ihr Kiefer-, Gesichtsbereich geröntgt? Wenn ja, bei welchem Arzt? _____

WAREN ODER SIND SIE IN

Ja Nein

- Physiotherapeutischer, osteopatischer oder manualmedizinischer Behandlung?
- Hals-Nasen-Ohrenärztlicher Behandlung?
- Logopädischer Behandlung?
- Befinden/ befanden Sie sich in orthopädischer Behandlung? Wenn ja, wo?
- _____

LEIDEN SIE UNTER FOLGENDE SYMPTOMEN

Ja Nein

- Schmerzen im Kiefer-Gesichtsbereich
- Kopfschmerzen/ Migräne
- Rückenschmerzen
- Schwindel
- Muskuläre Verspannungen im Nacken/ Rücken
- Zahnfehlstellungen
- Sonstige
- _____

Ja Nein

- Knacken im Gelenk
- Schluckbeschwerden
- Ohrgeräusche/Tinnitus
- Schnarchen
- Verlust von Zahnhartsubstanz/Zähnepressen
- Zahnfleischerkrankungen

Weitere Angaben

Ja Nein

- Rauchen Sie?
- Besteht eine Schwangerschaft?
- Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, welche?
- _____

Einverständniserklärung gem. §73 Abs. 1 b SGB V, den o. g. Patienten betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anzufordern oder an diese Stellen zu übermitteln. Dies gilt auch bei Wechsel des Hauszahnarztes. Es ist mir bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Münster, den _____

Unterschrift Patient

Datenschutzinformation

Freiwilliges Einverständnis zur Datenverarbeitung / Datenanforderung / Datenweitergabe

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Gemäß des Datenschutzrechtes sind wir verpflichtet, Sie zum Thema „Datenschutz“ aufzuklären. Wir möchten Sie daher über folgende Vorgehensweise in unserer Praxis informieren und erbitten sodann Ihre Einwilligung durch Ihre Unterschrift für unsere nachfolgend aufgeführten, internen Datenschutzmaßnahmen.

In unserer Praxis werden von Beginn an Patientendaten erhoben, verarbeitet und elektronisch gespeichert.

Patientenname: _____

(bei Minderjährigen auch Name des Erziehungsberechtigten)

Geburtsdatum: _____

Einverständniserklärung

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dieses den gesetzlichen Anforderungen entspricht, erlaubt ist oder sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen, Labore, Zahnärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

Wenn es zu einer Behandlung kommt, fordern wir ggf. Ihre Patientendaten wie Röntgenaufnahmen, Arztbriefe, Befundberichte oder Laborwerte bei mitbehandelnden oder weiterbehandelnden Kollegen an.

Ich willige ein, dass die im Rahmen meiner Behandlung gespeicherten Daten über die gesetzlichen Fristen aufbewahrt werden dürfen, um gegebenenfalls für spätere Behandlungen verfügbar zu sein.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Wartebereich offen gestaltet ist und ich namentlich aufgerufen werde.

Recall: Ich willige ein, dass ich an Behandlungstermine per Mail oder SMS ein Tag vor Termin erinnert werde.

Ich willige ein Ich willige nicht ein

Ich willige durch meine Unterschrift in die oben aufgeführten Datenschutzmaßnahmen der Praxis ein.
(Datenschutzbeauftragte: Dr. Martina Bräutigam)

Münster, den _____

Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigter