

Anamnesebogen

Herzlich willkommen!

Das Team der Zahnärzte Godshorn freut sich auf Ihren Termin in unserer Praxis. Damit wir uns optimal auf Sie und Ihre Erwartungen einstellen können, bitten wir Sie um das Ausfüllen des Anamnesebogens.

Angaben zur Person

<hr/> Name	<hr/> Versicherte Person/Geburtsdatum
<hr/> Geburtsdatum	<hr/> Telefon (dienstlich)
<hr/> Straße	<hr/> Telefon (privat)
<hr/> Wohnort	<hr/> Mobil
<hr/> Versicherung/Krankenkasse	<hr/> E-Mail

Allgemeine Angaben

Aus welchem Grund kommen Sie zu uns?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung | <input type="checkbox"/> Probleme mit Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> Kiefergelenksbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Fehlende Zähne | <input type="checkbox"/> Korrektur der Zahnstellung |
| <input type="checkbox"/> Implantatberatung | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbeschwerden | |

Hinweis

Unser Konzept für „einfach schöne Zähne“ lässt sich auf Wunsch optimal mit einer ästhetischen Behandlung im Gesichtsbereich ergänzen. Wenn Sie eine Beratung zum Thema Faltenbehandlung oder Lippenbehandlung wünschen, setzen Sie bitte hier ein Kreuz: ☐

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

<hr/> Herzerkrankung	<hr/> Blutgerinnungsstörung (z.B. Marcumarbehandlung)
<hr/> Kreislaufkrankung (z.B. Blutdruck)	<hr/> Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, Tuberkulose)
<hr/> Stoffwechselerkrankung (z.B. Diabetes)	<hr/> Immunerkrankung (z.B. HIV)

Ihr Gesundheitszustand

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Wer ist Ihr Hausarzt?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Reagieren Sie auf Stoffe oder Medikamente allergisch?

Bevorzugen Sie eine begleitende homöopathische Behandlung?

Sind Sie schwanger?

Wurden Sie in den vergangenen Monaten im Kieferbereich geröntgt?

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?

Leiden Sie unter Mundgeruch?

Gibt es weitere Angaben, die Sie hinsichtlich Ihres Gesundheitszustandes mitteilen möchten?

Was erwarten Sie von Ihrer Behandlung?

Kommen Sie auf Empfehlung in unsere Praxis? Wenn ja, auf wessen Empfehlung?

Wünschen Sie die Behandlung durch einen bestimmten Arzt/Ärztin?

Möchten Sie von unserem kostenlosen Erinnerungsservice für die Kontrolluntersuchung / Zahnreinigung profitieren?

☐ JA ☐ NEIN

EU-DSGVO Datenschutzeinwilligung

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) in der Praxis einsehbar.

Datum, Unterschrift

Liebe Patienten,

die mit Ihnen vereinbarten Behandlungstermine sind Exklusivtermine. Wir halten eine bestimmte Zeitspanne nur für Ihre Behandlung frei und dürfen Sie daher bitten, diese Termine einzuhalten. Ist es Ihnen nicht möglich, die vereinbarten Termine wahrzunehmen, bitten wir Sie rechtzeitig per E-Mail an info@zahnaerzte-godshorn.de abzusagen, spätestens jedoch 24 Stunden vor Behandlungsbeginn.

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihnen ansonsten ein Ausfallhonorar in Rechnung gestellt werden kann (§§611, 615/280 BGB), es sei denn, Ihr Fernbleiben war unverschuldet. In solch einem Fall, sollten Sie uns die Gründe unverzüglich mitteilen oder ggf. nachweisen.

Neue Datenschutzgrundverordnung

Seit dem 25.05.2018 tritt die neue EU-Datenschutzgrundverordnung mit neuen wichtigen Pflichten bei der Datenverarbeitung im Gesundheitswesen in Kraft. Die Datenschutzregeln beinhalten Änderungen bzgl. der Verarbeitung und Speicherung personenbezogener Daten.

Dies bedeutet konkret, dass wir zukünftig keine sensiblen Daten wie z. B. Befunde oder auch Röntgenbilder, ohne Ihre ausdrückliche Genehmigung, elektronisch versenden dürfen. Sollten Sie dem nicht zustimmen, bieten wir Ihnen alternativ einen Ausdruck Ihrer Unterlagen oder einen Datentransfer per selbst mitgebrachtem USB-Stick an.

Die von uns versendeten Daten werden ausschließlich an Unternehmen verschickt, die mit uns in Verbindung stehen. Darunter fallen z. B. andere behandelnde Ärzte, Krankenkassen (Befüllung der ePA), Krankenhäuser, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, zahnmedizinische Gutachter, Betreuer von unseren IT-Programm oder auch zahntechnische Labore.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie dies zur Kenntnis genommen haben und dass Sie der Weitergabe Ihrer persönlichen Daten an die oben genannten Stellen zustimmen.

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten (gesetzlicher Vertreter)