

# Anamnesebogen



## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns sehr, Sie im Alsbach Zahnzentrum begrüßen zu dürfen. Um eine adäquate und risikofreie Behandlung zu Ihrer bestmöglichen Zufriedenheit gewährleisten zu können, benötigen wir Ihre Unterstützung in Form einiger Informationen über den Anlass Ihres Besuch, persönliche Daten, sowie über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Daher bitten wir Sie die nachfolgenden Daten und Fragen gewissenhaft zu beantworten. Wir werden die von Ihnen erteilten Angaben in Ihrer Patientenakte ablegen. Jede der Fragen/ Angaben kann mit dem behandelnden Zahnarzt persönlich besprochen werden. Bei den mit einem \* gekennzeichneten Fragen/ Angaben handelt es sich um freiwillige Angaben. Die sonstigen nachgefragten Angaben sind für eine fachgerechte Erfüllung des Behandlungsvertrages zwingend erforderlich!!

Alle Angaben zu Ihrer Gesundheit unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB und werden streng vertraulich behandelt. Des Weiteren nehmen wir die Bestimmungen der Europäischen Datenschutzverordnung ( EU DSGVO ) und der geltenden Datenschutzgesetze ernst. Unsere detaillierte Datenschutzinformation für Sie als Patient liegt in unserer Praxis zur Kenntnisnahme aus.

## HINWEIS zur Organisation

Wir bieten Ihnen den Service einer Bestellpraxis. Ihr Termin ist ausschließlich für Sie reserviert. Sollten Sie einmal einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir daher um Ihre rechtzeitige Benachrichtigung mindestens 24 Stunden im Voraus. Das gibt uns die Chance, Ihren Termin anderen Patienten anzubieten. Die nicht rechtzeitig abgesagte Termine würden wir mit einer Pauschale berechnen: Kontrolltermin o. ä. -25,- €, professionelle Zahnreinigung -75,- €, Füllungs-/Wurzelkanalbehandlungs-/Zahnersatztermine - je angefangene Stunde - 150,- €, oralchirurgische Eingriffe - 250,- €.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner vorgenannten Angaben und stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten insb. meiner Gesundheitsdaten ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen. Meine Einwilligung in die Verarbeitung/Speicherung der freiwilligen erteilten Angaben kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Verarbeitungen bis zum Widerruf werden davon nicht berührt und bleiben gemäß Art. 6 I lit. a) bzw. bzgl. Gesundheitsdaten nach Art. 9 II lit. a) DSGVO rechtmäßig. Die Angaben sonstiger personenbezogener Daten sind nach Art. 6 I lit. b) bzw. nach Art. 9 II lit. h) DSGVO iVm §22 BDSG ( aufgrund des Behandlungsvertrages) als Pflichtfelder für eine ordnungsgemäße und fachgerechte medizinische Behandlung zwingend erforderlich, sodass die Verarbeitung dieser Daten auch ohne Einwilligung insoweit rechtmäßig ist.

Ich bin vom Praxispersonal darüber informiert worden, einzelne Angaben und Daten auch persönlich mit dem behandelnden Zahnarzt besprechen zu können. Ich habe die in der Praxis zur Verfügung stehende Datenschutzerklärung „ INFORMATION ZUR DATENVERARBEITUNG“ zur Kenntnis genommen bzw. hatte die Möglichkeit der Kenntnisnahme.

Ort, Datum

Unterschrift Patienten/-in, Eltern bzw. gesetzl. Vertreter

# Patientenbezogene Daten



## Persönliche Daten

Patient

Versicherte/r (falls abweichend)

Name:

Name:

Vorname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Geburtsort:

Straße/ Nr.:

Straße/ Nr.:

PLZ/Ort:

PLZ/Ort:

Telefon/Handy:

E-Mail:

Beruf: \*

Arbeitgeber: \*

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden durch: \*

Empfehlung

Google

Sonstige

Wenn Sie privat versichert sind, bitte Name der Versicherung

Zahnzusatzversicherung\*

Beihilfe berechtigt\*

Bonusheft vorhanden?! Bitte teilen Sie dies an der Anmeldung mit! Danke

# Gesundheitliche Angaben



Hausarzt:

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung, wenn ja warum?

Welche Medikamente nehmen Sie ein? (Medikamentenplan vorhanden?)

Erhöhte Blutungsneigung? Ja  Nein

Leiden Sie unter Blutdruckstörung? Zu hoch  zu niedrig

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Marcumar  ASS

Leiden Sie unter Herzerkrankungen, wenn ja welche?

Herzschrittmacher  Herzklappenfehler

Allergien: Gegen welche Medikamente / Materialien besteht bei Ihnen der Verdacht auf Überempfindlichkeit?

Keine bekannt

Jod  Latex  Metall  Penicillin

Sonstige

Besteht eine Schwangerschaft: Ja  Nein

Infektionen: Hepatitis  A/B/C  HIV  TBC

andere Erkrankungen:

Leiden Sie unter:

Rheuma  Diabetes  Schilddrüsenerkrankung  Epilepsie

Schlaganfall  Leberzirrhose  Gallenstein

Rauchen Sie?  Ja  Nein

Trinken Sie Alkohol, wenn ja wie viel:

## Einwilligungserklärungen zu einzelnen Verarbeitungsvorgängen:

Sind Sie mit den folgenden Verarbeitungstätigkeiten/-zwecken – auch hinsichtlich Ihrer Gesundheitsdaten – einverstanden, kreuzen Sie diese bitte entsprechend an. Die Praxis Alsbach Zahnzentrum klärt Sie hiermit darüber auf, dass die nachfolgenden Verarbeitungen/-zwecke im wesentlichen Ihre Gesundheitsdaten betrifft, die nach Art. 9 Abs 1 DSGVO besonders sensibel zu behandeln sind. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie die Felder bitte frei oder markieren diese entsprechend.

- A  Ich willige ein, dass mein Befundbericht durch Alsbach Zahnzentrum an die jeweiligen überweisenden Ärzte und von mir genannte Personen per unverschlüsselter E-Mail, Fax oder auf dem Postweg versendet werden darf.
- B  Ich willige ein, dass Alsbach Zahnzentrum Voraufnahmen (wie z.B. Röntgenbilder die in anderen Praxen oder Krankenhäusern erstellt worden sind) Befundberichte und Arztbriefe, die für die aktuelle Untersuchung relevant sind, zur Bewertung der aktuellen Untersuchung anfordern und nutzen darf.
- C  Ich willige ein, dass Alsbach Zahnzentrum von mir erstellte Bilder und Befundberichte anderen Arztpraxen und Krankenhäusern beispielsweise zur weiteren Bewertung und Therapieplanung auf Anforderung zur Verfügung stellt (per CD/ DVD oder über eine gesicherte Datenleitung, per E-Mail, Fax, Post oder Selbstabholung).
- D  Ich willige ein, dass ich reglm. per Mail, SMS, Anruf oder Brief 6 Monate nach der letzten Untersuchung an meine Kontrolluntersuchung (Recall) und ebenso an vereinbarten Behandlungstermine erinnert werde. Ein reglm. Zahnarztbesuch ist sinnvoll und kann zu Einsparungen bei der späteren Versorgung mit Zahnersatz führen. Aus organisatorischen Gründen erinnern wir unsere Patienten ab einer Terminlänge von 1 Stunde an die mit uns vereinbarten Termine.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die Verarbeitungen erkläre, sofern ich die zuvor genannten einzelnen Verarbeitungszwecke entsprechend angekreuzt habe.

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich Alsbach Zahnzentrum und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

- Ich habe eine Kopie dieser Einwilligung erhalten
- Ich habe auf eine Kopie verzichtet

Ort, Datum

Unterschrift Patienten/-in, Eltern bzw. gesetzl. Vertreter

# Leitungsanästhesie



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihnen eine schmerzfreie Therapie im Unterkiefer gewährleisten zu können muss in den häufigsten Fällen der gesamte Unterkiefer nerv einer Seite durch eine Leitungsanästhesie betäubt werden.

In seltenen Fällen kann solch eine Betäubung permanent bestehen bleiben und sich nicht zurück bilden. Auch eine Geschmacklosigkeit kann auftreten.

Die Alternative zur Leitungsanästhesie ist die intraligamentäre Anästhesie. Diese ist nicht mit den Risiken der Leitungsanästhesie belastet. Sie ist lokal begrenzt und von kürzerer Dauer.

Bedenken Sie bitte auch, dass Ihre Reaktionsfähigkeit und somit Ihre Fahrtüchtigkeit durch die örtliche Betäubung für mehrere Stunden herabgesetzt ist. Lassen Sie sich am besten nach Hause fahren.

Ich habe den Hinweis gelesen sowie verstanden. Der Behandler darf die geeignete Anästhesiemethode für die jeweilige Behandlung wählen.

Ort, Datum

Unterschrift Patienten/-in, Eltern bzw. gesetzl. Vertreter