

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

Allgemeinerkrankungen und die Einnahme von Medikamenten haben oft eine Bedeutung für eine Behandlung beim Zahnarzt. Wir möchten Sie daher bitten, folgende Fragen möglichst genau zu beantworten, um so die jeweils beste Behandlung für Sie ermitteln zu können. Bei Unklarheiten stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

## Anmeldeformular mit Anamnese

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	Knappschaft
-----	-----	-----	-----	------	-------------

Kasten bitte nicht ausfüllen

M	F	R	P
---	---	---	---

Kasten bitte nicht ausfüllen

**Patient**

Name, Vorname	Geburtsdatum/-ort
Straße	Postleitzahl/Ort
Telefon	E-Mail

**Versicherter/Zahlungsberechtigter/gesetzlicher Vertreter** (nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben)

Name, Vorname	Geburtsdatum/-ort
---------------	-------------------

**Versicherung**    gesetzliche Versicherung    Zusatzversicherung    private Versicherung    beihilfeberechtigt

**Hausarzt**

Name, Vorname	Telefon
---------------	---------

**Sind Sie bei einem Facharzt in Behandlung?**

Name, Vorname	Telefon
---------------	---------

**1. Liegen oder lagen bei Ihnen Erkrankungen vor, an**

- |                            |                             |                               |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| a) Herz                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| b) Blutdruck               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| c) Blutgerinnung           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| d) Lunge (Asthma u. a.)    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| e) Leber (Gelbsucht u. a.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| f) Niere                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| g) Andere                  |                             |                               |

**2. Leiden Sie an**

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| a) Diabetes mellitus (Zucker)  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| b) Allergien   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| c) rheumatischen Erkrankungen  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| d) entzündlichen/übertragbaren Krankheiten (Tbc, HIV-Infektion, Hepatitis, Creutzfeld-Jakob-Krankheit u. a.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| e) Medikamentenunverträglichkeit   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| f) Knochenerkrankungen   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| g) Sonstige Erkrankungen   |                             |                               |

**3. Spritzenreaktionen:**

- |                        |                             |                               |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Werden Sie ohnmächtig? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wird Ihnen schlecht?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

**4. Besteht eine Schwangerschaft?**

- Weiß nicht    Ja ..... Monat    Nein

**5. Nehmen Sie Medikamente ein?**

- Ja    Nein

Wenn ja, welche? .....

Bekommen Sie Medikamente gegen Knochenerkrankungen, zum Beispiel Bisphosphonate?    Ja    Nein

Haben bei Ihnen Medikamente nicht gewirkt (z. B. Antibiotika)?    Ja    Nein

Wenn ja, welche? .....

**6. Letzte Röntgenaufnahme, wann?**

Besitzen Sie ein Röntgennachweisheft?    Ja    Nein

**7. Wer hat uns Ihnen empfohlen oder Sie zu uns überwiesen?**

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

**Patienteneinwilligung zum Datenschutz, siehe Rückseite**

Wollen Sie über höherwertige Behandlungen informiert werden, die nicht zum Leistungskatalog der Krankenkasse zählen?    Ja    Nein

(\* Angabe freiwillig)

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter/Versicherter

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogene Daten verarbeitet:

Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlage und Befunde, die wir oder andere Arzte und ZahnArzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z. B. Rontgenbilder).

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Grunden erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere ZahnArzte, Arzte, Zahntechniker, KassenzahnArztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privat ZahnArztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Mit meiner Unterschrift willig ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die oben genannten Dritten ein. Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per Email an die Praxis mit Wirkung an die Zukunft widerrufen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter/Versicherter