

**ANMELDEBOGEN MIT ANAMNESE**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung darauf abstimmen zu können.

Füllen Sie deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel. privat/mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber, Ort \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel. Arbeitsplatz \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt/behandelnder Arzt?  
\_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Sind Sie pflichtversichert?  ja  nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist der Versicherte?

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?  ja  neinWer hat uns empfohlen?  
\_\_\_\_\_**BESTEHEN GESUNDHEITLICHE RISIKEN?**

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Allergiepass?  ja  neinReagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe, Materialien oder Medikamente?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Gerinnungsstörungen?  ja  neinHaben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie HIV positiv?  ja  neinHaben Sie Hepatitis?  ja  neinHatten Sie einen Schlaganfall?  ja  neinHaben Sie Diabetes?  ja  neinLiegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?  ja  neinHaben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?  ja  neinLeiden Sie unter Migräne?  ja  neinHaben Sie grünen Star?  ja  neinHaben Sie eine Epilepsie?  ja  nein

Haben Sie Asthma?  ja  nein

Leiden Sie an hohem oder niedrigem Blutdruck?  ja  nein

Haben Sie Osteoporose?  ja  nein

Nehmen Sie dafür Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger?  ja  nein

Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_ Woche

Wurde bei Ihnen in einem Zeitraum von einem Jahr ein größerer operativer Eingriff vorgenommen?  ja  nein

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sonstiges, Ergänzungen \_\_\_\_\_

**Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert mit.**

### WÜNSCHEN SIE EINE GEZIELTE BERATUNG ÜBER ...?

Zahnfleischbluten

professionelle Zahnreinigung

Zahnaufhellung, Veneers

ästhetische Füllungen

Zahnersatz

Wurzelbehandlung

Implantate

Kiefergelenkstherapie

Behandlung in Narkose

### MÖGLICHE KOMPLIKATIONEN

Diese Hinweise beziehen sich auf alltägliche Behandlungsmaßnahmen, die Sie evtl. schon von anderen Zahnarztbesuchen kennen. Über spezielle operative Eingriffe werden Sie gesondert aufgeklärt.

- Die Behandlung wird auf Ihren Wunsch meist in örtlicher Betäubung durchgeführt.  
In äußerst seltenen Fällen kann es beim Injizieren des Betäubungsmittels zur Schädigung eines Nerven kommen. Die dadurch verursachte, möglicherweise längerdauernde Gefühlsstörung der Zunge oder Unterlippe bildet sich in der Regel zurück. In extrem seltenen Fällen kann es aber zu einer dauerhaften Schädigung kommen.
- Sehr selten kann eine Überempfindlichkeits- oder Unverträglichkeitsreaktion auf das Betäubungsmittel auftreten.
- Beim Bohren oder Schleifen kann es in seltenen Fällen zu Nebenverletzungen der Schleimhaut kommen.
- Es kommt sehr selten vor, dass der Patient einen gezogenen Zahn, eine Zahnfüllung, eine Krone oder ein kleines Instrument verschluckt. In diesem Fall genügt meist eine Überwachung. Wird jedoch ein Fremdkörper eingeatmet, muss dieser vom Arzt (in der Regel durch Bronchoskopie) entfernt werden.
- Bei allen größeren Eingriffen kann es zu Entzündungen kommen, die in der Regel gut durch örtliche und medikamentöse Behandlung beherrschbar sind.
- Allgemeinerkrankungen (zum Beispiel Diabetes), Infektionskrankheiten und das Rauchen können Wundheilungsstörungen verursachen.
- Örtliche Betäubungen, aber auch die Einnahme von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln können Ihre Reaktionsfähigkeit herabsetzen! Sie sollten daher 2 bis 3 Stunden nachdem Sie eine örtliche Betäubung erhalten oder eines der oben genannten Medikamente eingenommen haben kein Fahrzeug steuern und auch keine Maschine bedienen.

### HINWEIS ZUR PRAXISORGANISATION

Möchten Sie durch unseren kostenlosen Recall-Service an Vorsorgeuntersuchung und Zahnreinigung erinnert werden?  ja  nein

Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, planen wir feste Behandlungszeiten für Sie ein. **Sollten Sie vereinbarte Termine nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie aus diesem Grund, diese mindestens 24 Stunden vor Terminbeginn abzusagen.** Bei Nichteinhaltung behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar in Höhe von 75,00 Euro je angefangen halbe Stunde in Rechnung zu stellen.

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert, sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (siehe Folgeseite).

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient \_\_\_\_\_

## INFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

### Für den Datenschutz in unserer Praxis verantwortlich ist

Dr. Andreas Gottschlich  
Stiglmairplatz 2  
80333 München  
T.: 089.59 37 36

### Art der erhobenen Daten

Name, Anschrift, Versicherungsnummer des Patienten, die ärztliche Dokumentation von Anamnese und Behandlung, Arztbriefe, Laborberichte, Röntgendateien, Bilddokumentation zum Zwecke der Datenverarbeitung und als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung.

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Zu Behandlungszwecken können wir auch anderen Ärzten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen, und Ihre anderen Ärzte uns. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

### Empfänger Daten

Wir übermitteln Ihre Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten sind andere Ärzte, Krankenkassen, KZVB, privatärztliche Verrechnungsstellen und Labore. Die Übermittlung erfolgt zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen.

### Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten so lange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist, aufgrund rechtlicher Vorgaben mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben. Zum Beispiel sind nach Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung die Aufzeichnungen von Röntgenuntersuchungen 30 Jahre aufzubewahren.

### Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Ich habe die Informationen zum Datenschutz zur Kenntnis genommen und stimme zu, dass meine Angaben, den oben aufgeführten Informationen zum Datenschutz entsprechend, gespeichert oder weitergeleitet werden.

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_