MAGDALENA TOLKSDORF

ANAMNESEBOGEN ZAHNARZTPRAXIS

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis! Um uns individuell auf Sie einstellen und die optimale Therapie für Sie wählen zu können, benötigen wir von Ihnen einige Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand. Bitte teilen Sie uns auch künftig Änderungen mit. Die von Ihnen angegebenen Daten werden im Rahmen unserer ärztlichen Schweigepflicht und der DSGVO selbstverständlich vertraulich behandelt und nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis an Dritte weitergegeben.

Persönliche Angaben:

Vorname		Nachname		Geb. Datum	
Straße		PLZ		Ort	
Geb. Ort		Telefon		Email	
Krankenkasse		Zusatzvers.			

Allgemeine Angaben:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	
Grund Ihres Besuchs?	
Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt?	
Wie oft gehen Sie üblicherweise zum Zahnarzt?	
Wann wurden Sie zuletzt am Kopf geröntgt?	
Benötigen Sie einen Röntgenpass?	○ ja ○ nein

Wünschen sie eine besondere Beratung zu ... ?

Maßnahmen der Zahnerhaltung	○ ja	○ nein	
Ästhetische Zahnheilkunde / Veneers	○ ja	○ nein	
Amalgam-Sanierung	○ ja	○ nein	
Bleaching / Zahnaufhellung	○ ja	○ nein	
Implantate	○ ja	○ nein	
Zahnfleischbehandlung (Parodontose)	○ ja	○ nein	
Solo Prophylaxe / Professionelle Zahnreinigung	○ ja	○ nein	
Andere Anliegen? Wenn ja, welche	○ ja	○ nein	

bitte wenden...

☐ Ich bin damit einverstanden, dass ich an einen Termin erinnert werde?

☐ Ich wünsche eine Benachrichtung für anstehende Kontrolluntersuchungen / Prophylaxe?

Wie dürfen wir Sie benachrichtigen? ◯ SMS ◯ Email ◯ Telefon ◯ Brief

☐ Ich bin damit einverstanden, Rechnungen per Email zu erhalten (der Umwelt zu liebe)?

Wir bitten um Verständnis, dass wir Ihnen bei einer Terminabsage unter 24 Stunden vor der geplanten Behandlung, ein Ausfallhonorar privat in Rechnung stellen müssen sofern wir nicht kurzfristig einen Ersatz organisieren können. Beachten Sie, dass nach einer Injektion oder örtlichen Betäubung die Fahrtüchtigkeit und Reaktionsfähigkeit beeinträchtigt sein können.

Gesundheitliche Angaben:	**ja**	**nein**	**Wenn ja, welche / Details?**
Allergien / Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	◯	◯	
Blut-, Herz-, Kreislauferkrankungen	◯	◯	
Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV)	◯	◯	
Leber-, Lungen-, Nierenerkrankungen	◯	◯	
Magen-Darm-Erkrankungen	◯	◯	
Nervenerkrankungen	◯	◯	
Rheuma / Osteoporose	◯	◯	
Schilddrüsenerkrankungen (z.B. Überfunktion)	◯	◯	
Tumorerkrankungen	◯	◯	
Zuckerkrankheit (Diabetes)	◯	◯	
Weitere Erkankungen	◯	◯	
Frühere Operationen	◯	◯	
Neigen Sie zu Nachblutungen?	◯	◯	
Nehmen Sie Medikamente, Biophosphonate ein?	◯	◯	
Vertragen Sie Anästhetika (Betäubungsmittel)?	◯	◯	
Besteht eine Schwangerschaft?	◯	◯	
Konsumieren Sie regelm. Zigaretten, Alkohol, Drogen?	◯	◯	
Ihr behandelnder Arzt/Hausarzt (Name, Telefon)			

Daten und Datenschutz:

☐ Ich bin damit einverstanden, dass zur Optimierung der Behandlungsdokumentation ein KI-gestützter Assistenzdienst (Doctolib) zur Aufzeichnung und Zusammenfassung unseres Aufklärungs- und Beratungsgesprächs eingesetzt wird. Die Tonaufnahme wird nach Erstellung der Dokumentation DSGVO-konform gelöscht. Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung freiwillig ist und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Bitte teilen Sie uns unbedingt Änderungen in Ihren Angaben mit. Mit ihrer Unterschrift bestätigen sie die Vollständigkeit und Richtigkeit ihrer hier gemachten Angaben, die Kenntnisnahme aller obigen Informationen und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten zu.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigter