

Bergallee 2 · 99867 Gotha
 Telefon: 03621/85 40 54 · Fax: 03621/22 67 290
 Homepage: www.oralchirurgie-gotha.de
 Email: info@oralchirurgie-gotha.de

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis. Um Ihnen die bestmögliche medizinische Behandlung zukommen zu lassen und gesundheitlichen Risiken vorzubeugen, benötigen wir einige Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand. Wir möchten Sie daher bitten, diesen Anamnesebogen vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

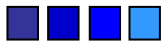
Name	Vorname	Geburtsdatum
.....
Straße	PLZ	Wohnort
.....
Telefon privat	Telefon dienstlich	Beruf
.....
Hausarzt (Name, Anschrift)		
.....		
Krankenversicherung: gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Basistarif <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/>		

Anamnese	Ja	Nein	Medikamente	Ja	Nein
Allergien (Allergiepass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ASS/Aspirin/Godamed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Antibiotika.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clopidogrel/Plavix/Iscover	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Lokalanästhetika.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falithrom/Xarelto/Pradaxa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heparin/Clexane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Andere: welche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bisphosphonate/Denosumab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cortison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	weitere Medikamente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Endokarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche? _____		
▪ Herzfehler.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
▪ Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
▪ Bypass-Operationen/koronare Stents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
▪ Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Herzrhythmusstörungen/Herzschrittmacher.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Blutgerinnungsstörungen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Diabetes mellitus (Zuckererkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann wurden Sie zuletzt im Kieferbereich geröntgt? _____		
Epilepsie (Anfallsleiden).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Grüner Star (Glaukom).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionserkrankungen (Hepatitis, HIV, TBC).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Lebererkrankungen (Leberzirrhose etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Lungenerkrankungen/Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten oder einen schlechten Geschmack?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Nierenerkrankungen/Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Künstliche Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung: welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Empfehlung <input type="checkbox"/> Überweisung		
Bestrahlung im Kopf-/Halsbereich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Praxisflyer		
andere Erkrankungen: welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tätigkeitsschwerpkt <input type="checkbox"/> Sonstiges		
Rauchen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Alkohol.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Schwangerschaft.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Ich wurde über die gegebenenfalls notwendige Durchführung einer Lokalanästhesie und damit verbundene Risiken (Gefühlsstörung, Unverträglichkeiten) aufgeklärt. Ich erkläre mich damit und mit der Durchführung, Speicherung und Verarbeitung von Fotodokumentationen im Rahmen der Behandlung einverstanden.

Ort, Datum: Unterschrift:.....

Wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihre personenbezogenen Daten in unserer EDV zur Erfüllung vertraglicher Pflichten speichern und verarbeiten. Sie können diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.



Telekommunikationsbogen

Name

.....

Vorname

.....

Geburtsdatum

.....

Hiermit erkläre ich, dass die Praxis für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde – Oralchirurgie – Implantologie – Parodontologie, Dr. Kirschbaum, Bergallee 2, 99867 Gotha, mit mir auf folgenden Wegen kommunizieren kann. Von dieser Erklärung ist die Übermittlung sämtlicher mich betreffender Gesundheitsdaten umfasst, also insbesondere die Übermittlung von Befunden, Attesten, Rezepten und sonstigen Mitteilungen.

- Telefon:
- Handy:
- Email :
- postalisch:

Ich erkläre mich zudem:

- mit der Weitergabe von Arztbriefen, Befunden und Röntgenaufnahmen auf postalischem Wege und via Email an meinen (überweisenden) Zahnarzt, Hausarzt sowie andere mich behandelnde ärztliche Fachdisziplinen
- Mitteilungen, die ausschließlich Terminmitteilungen (Vereinbarung von Terminen, Absagen von Terminen oder Änderungen von Terminen) darstellen und ansonsten keine Gesundheitsdaten enthalten können auch über andere, in meinem Haushalt lebende und unter o. g. Telefonnummer erreichbare, Personen erfolgen
- mit der Nutzung anonymisierter Behandlungsunterlagen wie z. B. Modelle, Röntgenbilder für medizinische Arbeitskreise und Fortbildungsveranstaltungen einverstanden.

Diese Einwilligung ist unabhängig vom Behandlungsvertrag und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft von mir widerrufen werden.

Die Datenschutzerklärung bei Erhebung personenbezogener Daten bei der betroffenen Person gemäß Art. 13 DSGVO hängt in der Praxis aus und liegt zur Mitnahme für Sie bereit.

Gotha, den

Unterschrift Patient(in).....

Liebe Patientin, lieber Patient,
unsere Praxis arbeitet mit einem Bestellsystem. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie daher Termine rechtzeitig, jedoch 24h vorher abzusagen. Ansonsten entsteht eine Ausfallgebühr, die Ihnen in Rechnung gestellt wird.