

## ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
herzlich willkommen in unserer Praxis DR STEHL für Zahnmedizin und Zahntechnik.

Wir, das Praxisteam, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

### PERSÖNLICHE ANGABEN

<hr/>		<hr/>
Name   Vorname		Titel
<hr/>		<hr/>
Straße   Hausnummer		Geburtsdatum   Geburtsort
<hr/>		<hr/>
Postleitzahl   Ort		E-Mail*
<hr/>		<hr/>
Telefon (privat)	Telefon (mobil)*	Telefon (geschäftlich)*
<hr/>		
Hausarzt (Name   Ort)**		

### KRANKENKASSE | VERSICHERUNG

Gesetzlich versichert 
   
  Freiwillig
   
  Pflicht  
 Privat versichert 
   
  Basistarif
   
  Basistarif mit eingeschränkten Leistungsansprüchen  
   
 Bitte Nachweis vorlegen.  
 Standardtarif  
 Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?  Ja  Nein  
 Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?  Ja  Nein  
 Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist versichert?

<hr/>		<hr/>
Name   Vorname		Geburtsdatum
<hr/>		<hr/>
Straße   Hausnummer	Postleitzahl   Ort	Telefon (privat)

### ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck
<input type="checkbox"/> Ohrensausen   Tinnitus	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Grüner Star	<input type="checkbox"/> Leber-   Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenveränderungen	<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/> Gelenke (Rheuma)	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Immunsuppression	<input type="checkbox"/> Verlängerte Blutungszeit	<input type="checkbox"/> Atemerkrankungen   -beschwerden	
<input type="checkbox"/> Kreislaufbeschwerden	<input type="checkbox"/> Tumorerkrankung   Chemotherapie		
<input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen	<hr/>		

Leiden Sie unter folgenden Herzkrankheiten?

<input type="checkbox"/> Herzfehler	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Herzoperation (Klappenersatz   Herzschrittmacher)
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Endokarditisprophylaxe benötigt	

Leiden Sie unter folgenden Infektionskrankheiten?

<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob (CJK)   Varianten CJK
<input type="checkbox"/> HIV   AIDS	<input type="checkbox"/> Krankenhauskeime (z.B. MRSA etc.)	

\* Freiwillige Angabe | wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen

\*\* Freiwillige Angabe | wenn die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bezüglich einer Einwilligung auf Sie zu

## ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- Haben Sie eine Allergie?  Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Haben Sie einen Allergiepass?
- Besteht eine Schwangerschaft?  Woche | Monat \_\_\_\_\_
- Rauchen Sie?  Menge pro Tag \_\_\_\_\_
- Schnarchen Sie?
- Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Blutdruckmedikamente  Bisphosphonate  Schmerzmittel  Blutverdünnende Medikamente  
(z.B. Marcumar<sup>®</sup>, Xarelto<sup>®</sup>, ASS<sup>®</sup>,  
 Herzmedikamente  Kortison  Antidepressiva Falithrom<sup>®</sup>, Eliquis<sup>®</sup> oder Pradaxa<sup>®</sup>)  
 Sonstige Medikamente \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten?  Ja  Nein

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

## ANGABEN ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- Ich habe Interesse am Thema Prophylaxe.  Mit meiner Zahnfarbe bin ich nicht zufrieden.
- Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder Symptomen?
- Zahnschmerzen  Zahnfleischbluten
- Zahnfleischrückgang  Pressen oder Knirschen mit den Zähnen
- Mundgeruch  Zahnarztangst
- Sonstiges \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?\*

\*Freiwillige Angabe – hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik \_\_\_\_\_

**Hinweis zur Organisation:** Wir bemühen uns, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen, entsteht in unserer Praxis Leerlauf. Deshalb bitten wir Sie, falls Sie verhindert sind, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass aufgrund nicht wahrgenommener Termine entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Ort | Datum

Unterschrift

### Hinweise zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten | \*Hinweis zu freiwilligen Angaben

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort | Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!  
Ihr Team der Praxis DR STEHL

Dr. med. dent. Marco Stehl  
Altenberger Str. 13  
01277 Dresden

Tel 03 51.33 75 60  
info@zahnmedizin-stehl.de  
www.zahnmedizin-stehl.de