



Praxis für Zahn-, Mund- & Kieferheilkunde
Dr. Markus Hoberg
Zahnarzt / Oralchirurgie
Am Gerbergraben 2b
57439 Attendorn

Versicherte(r)

Dokumentation zum Patientengespräch:
Anamnesebogen

| | |
|-------------------------------------|---------|
| Behandlungseinrichtung | Beh.-ID |
| Praxis Dr. med. dent. Markus Hoberg | |
| Am Gerbergraben 2b | |
| 57439 Attendorn | |
| Behandelnde(r) Ärztin/Arzt: | Arzt-ID |
| Markus Hoberg | 1 |

Sehr geehrte/r Patient/in,

auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Deswegen bitte ich Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Da er Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt wird, ist es wichtig, daß Sie Ihren vollständigen Namen eintragen.

Bitte beachten Sie auch, daß diese Angaben auf das Strengste der ärztlichen Schweigepflicht in unserer Praxis unterliegen.

Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Zum Teil sind sie gesetzlich vorgeschrieben.

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Die Angaben, welche mit einem * versehen sind, sind freiwillig.

Darüber hinaus können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder ganzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder mündlich oder postalisch an die Praxis übermitteln.

Versicherung

Name der Versicherung:

Privat

Falls Sie privat versichert sind:

Sind Sie an einen Basistarif gebunden?

Patient

Name, Vorname

Test, Test

Geschlecht

m w

Geburtsdatum

Geburtsort

30.04.1970

Straße, Nr.

Muster

PLZ, Ort

57439 Attendorn

Beruf

Arbeitgeber*

E-Mail

Tel. privat

Tel. dienstlich*

Telefon mobil

Gesundheitsfragen

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? J N

Wenn ja, welche?

Wenn Sie einen Medikamentenplan haben, bitte an der Anmeldung abgeben.

J N

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, weshalb und bei welchem Arzt?

Wer ist Ihr Hausarzt?

Herz-Kreislaufkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz) J N

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) J N

Herzasthma (Angina Pectoris) J N

Herzschrittmacher J N

Zustand nach Herzinfarkt J N

Herzklappenersatz/Herzklappenfehler/

Endokarditis (Herzinnenhautentzündung) J N

Einnahme gerinnungshemmender

Medikamente J N

Zu hoher Blutdruck J N

Zu niedriger Blutdruck J N

Stoffwechselerkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) J N

Magen-Darm-Erkrankungen J N

Schilddrüsenerkrankungen J N

Nervensystemerkrankungen

Leiden Sie unter Epilepsie/Krämpfen? J N

Bluterkrankungen

Leiden Sie unter einer Blutungsneigung? J N

Hämophilie A B

Nachblutungen J N

Augenerkrankungen

Glaukom (Grüner Star) J N

Katarakt (Grauer Star) J N



Allergien

- Konservierungsmittelallergie J N
Penicillinüberempfindlichkeit J N
Asthma J N
Besitzen Sie einen Allergiepass? J N
Sonstige Allergien J N
Wenn ja, welche?
-

Infektionskrankheiten/Immunsystem

- Leberentzündung/Gelbsucht J N
Hepatitis A B
Tuberkulose J N
HIV-Infektion/AIDS J N
-

Sonstige Erkrankungen

- Lebererkrankung J N
Nierenerkrankung/Dialysepflicht J N
Cortisonpflichtige Erkrankungen/Rheuma J N
Krebserkrankungen J N
(Tumore, Chemo, Bestrahlung)
Einnahme von Bisphosphonaten J N
Osteoporose J N
Wenn ja, welches Medikament nehmen Sie
diesbezüglich ein?

- Leiden Sie an Depressionen? J N
Wenn ja, nehmen Sie Medikamente?

Weitere Angaben

- Sind oder waren Sie drogenabhängig? J N
Sind Sie schwanger? J N
Wenn ja, welcher Monat?
-

Sollten wir noch etwas wissen?

Recall*

Möchten Sie von uns benachrichtigt werden,
wenn der nächste Kontrolltermin fällig ist? J

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?*

- Internet
 Telefonbuch
 Gelbe Seiten
 Überweisung vom Hauszahnarzt
 Empfehlung eines unserer Patienten
 Praxisschild
 Sonstige Empfehlungen:
-

Unterschrift

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

Ort/Datum: Attendorn

Vielen Dank für Ihre Angaben!



Praxis für Zahn-, Mund- & Kieferheilkunde
Dr. Markus Hoberg
Zahnarzt / Oralchirurgie
Am Gerbergraben 2b
57439 Attendorn

Einwilligung zur Anforderung und Weitergabe von Behandlungsunterlagen bzw. personenbezogener Daten

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer übermitteln oder von dort anzufordern zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung.

Die Übermittlung der Angaben unsererseits kann

- durch telefonische Auskunft
- per Post
- per E-Mail

erfolgen.

Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden.

Nicht nur aus rechtlicher Verpflichtung, sondern darüber hinaus auch aus persönlicher Überzeugung verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten achtsam und sorgfältig. Ausführliche Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie im Wartezimmer als Aushang oder erhalten Sie auf Wunsch von uns ausgehändigt. Unsere Datenverarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt gemäß DSGVO/BDSG und unseren Datenschutzhinweisen.

Ich

Vorname: **Nachname:** **geboren am:**

erkläre mich mit der Übermittlung meiner Daten in folgenden Fällen einverstanden bzw. nicht einverstanden:

- J N Auskünfte und Weitergabe von Behandlungsunterlagen (wie z.B. Röntgenbilder) an weiterbehandelnde Ärzte bzw. Fachärzte
- J N Auskünfte an weiterbehandelnde Krankenhäuser
- J N Beantwortung von Rückfragen meiner gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherung
- J N Beantwortung von Rückfragen der Berufsgenossenschaft
- J N die Weiterleitung von Rezepten an Apotheken
- J N die Übergabe von Rezepten, Röntgen- und Behandlungsunterlagen an eine von mir bevollmächtigte Person: _____
- J N die Anforderung personenbezogener Daten und Unterlagen ihrerseits bei o.g. Einrichtungen

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

28.02.2022

Datum und Unterschrift des Patienten / d. entscheidungsberechtigten Zahlungspflichtigen