

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Der Fragebogen wird Ihrer Karteikarte beigelegt.

Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne!

Gemäß Art. 13 DS-GVO informieren wir Sie, dass Ihre personenbezogenen Daten (Kontakt- und Ihre Gesundheitsdaten) auf diesem Anamnesebogen von der medi+ MVZ GmbH zum Zwecke der (zahn)medizinischen Behandlung auf Basis des jeweiligen Behandlungsvertrags verarbeitet werden. Die hier von Ihnen gemachten Angaben sind erforderlich für die Durchführung der (zahn)medizinischen Behandlung, die anderenfalls nicht erfolgen kann. Es erfolgt keine Weitergabe von Daten ohne eine entsprechende Rechtsgrundlage oder Ihre Einwilligung. Die im Rahmen der (zahn)medizinischen Behandlung verarbeiteten Daten werden spätestens nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Sie haben das Recht zu erfahren, welche Daten über Sie gespeichert sind und, soweit keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bestehen, das Recht auf Löschung Ihrer Daten. Alternativ zur Löschung können Sie in bestimmten Fällen die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verlangen. Ferner haben Sie ein Recht auf Widerspruch und Datenübertragbarkeit, etwa bei einem Wechsel Ihres behandelnden Arztes. Einwilligungen können jederzeit von Ihnen widerrufen werden. Sie haben ferner das Recht sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren. In seltenen Fällen kann die Verarbeitung von personenbezogenen Daten erforderlich werden, um lebenswichtige Interessen von Ihnen zu schützen, zum Beispiel im Falle einer unvorhersehbaren Notfallbehandlung. Für weitere Informationen kontaktieren Sie gerne unseren Datenschutzbeauftragten unter DSB@mediplusmainz.de

Name | Vorname des Patienten Frau Mann
Geburtsdatum des Patienten

Name | Vorname des Versicherten Frau Mann
Geburtsdatum des Versicherten

Straße | Hausnummer PLZ | Ort

Telefon Telefon tagsüber

Mobil-Telefon E-Mail Adresse (freiwillige Angabe)

GRUND MEINES BESUCHES

Kontrolle Schmerzen Empfehlung Internet Sonstiges _____
 Beratung Sonstiges Gelbe Seiten Zufällig _____

ICH BIN AUF SIE AUFMERKSAM GEWORDEN (freiwillige Angabe)

ANGABEN ZUM VERSICHERUNGSSTATUS

Gesetzlich versichert | Name der Versicherung _____
 Privat versichert Basistarif (privat) Beihilfe berechtigt

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass infolge einer örtlichen Betäubung die Reaktionsfähigkeit, insbesondere beim Führen eines Fahrzeuges, für ca. 4 bis 6 Stunden beeinträchtigt sein kann.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass ein Großteil der Zahnschäden durch regelmäßige Kontrolluntersuchungen verhindert werden kann, dadurch können Sie bis ins hohe Lebensalter noch Ihre eigenen Zähne behalten. Wir bieten Ihnen an, Sie kostenlos an den nächsten Kontrolltermin zu erinnern. Dadurch können eine Vielzahl von zahnmedizinischen Problemen vermieden werden.

Ich stimme der Verwendung meiner Daten (Anschrift oder Telefonnummer) zum Zwecke der Terminerinnerung zu.

Ich würde gerne an Kontrolltermine erinnert werden.

Ja, per Mail

Ich möchte gerne an bereits vereinbarte Termine einen Tag vorher kostenlos erinnert werden.

Ja, per Mail

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, uns rechtzeitig zu informieren. Anderenfalls müssen wir Ihnen die Ausfallzeit in Rechnung stellen (§ 615 BGB). Sofern Sie uns Ihre Gesundheitskarte nicht vorlegen konnten, ist es notwendig, uns diese innerhalb einer Woche nach der Behandlung, spätestens bis zum Quartalsende nachzureichen, da wir sonst gezwungen sind privat zu liquidieren.

1. Haben Sie zu hohen Blutdruck?

nein ja, Wert: _____

2. Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?

nein ja, Wert: _____

3. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?

- Angeborene oder erworbene Herzfehler?
- Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese?
- Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?
- Herzoperationen?
- Haben Sie einen Herzschrittmacher / Defibrillator?
- Haben Sie einen Herzbypass?
- Sonstiges?

nein ja, _____

nein ja, _____

nein ja, welche Klappe: _____

nein ja, wann: _____

nein ja, welche: _____

nein ja, seit wann: _____

nein ja, _____

nein ja, _____

4. Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?

- Diabetes?
- Erkrankung des Blutes?
(z.B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörung)
- Allergien (z.B. Heuschnupfen)
- Schilddrüsenerkrankung?
- Asthma / Lungenerkrankungen?
- Nervenerkrankung (Depression)?
- Lebererkrankung / Hepatitis?
- Anfallsleiden / Epilepsie?
- Magen-, Darm-, Nierenerkrankung?
- Tumorerkrankung?
- Infektionen (Tuberkulose / HIV)?
- Osteoporose (Bisphosphonat)?

nein ja, Medikament: _____

nein ja, _____

nein ja, _____

nein ja, _____

nein ja, _____

nein ja, _____

nein ja, _____

nein ja, _____

nein ja, _____

nein ja, _____

nein ja, _____

nein ja, Medikament; Dosis: _____

5. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen?

nein ja, _____

8. Bestehen z.Z. sonstige Erkrankungen?

nein ja
Wenn ja, welche? _____

6. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?

nein ja
Wenn ja, welche? _____

9. Wann wurden Sie zum letzten Mal zahnärztlich geröntgt?

7. Welche Medikamente nehmen Sie z.Z. ein?

10. Schnarchen Sie?

nein ja

11. Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

nein ja, Monat: _____



Ort, Datum

UNTERSCHRIFT



SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Hiermit entbinde ich die mediplus Praxisklinik von der Schweigepflicht und bitte um Auskunft meiner Befunde an:

Mutter/Vater Vertrauensperson

Name | Vorname



Ort, Datum

UNTERSCHRIFT

