



## Anamnesebogen

### Patientendaten

Name, Vorname, Titel		
Email-Adresse		Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Zahnarzt <input type="checkbox"/> Freunde <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Verwandte <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum	Geburtsort	Wohnort mit PLZ
Telefon(privat)	Telefon(dienstlich/Handy)	Straße
Zahnarzt	Hausarzt	Beruf
Gesetzlich Vers. <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/>	Krankenkasse Name	Zusatzversicherung
<b>Versicherter (nur ausfüllen wenn der Patient nicht selbst versichert ist):</b>		
Name, Vorname, Titel		Geburtsdatum
Straße	PLZ	Wohnort

### Fragen zur kieferorthopädischen Behandlung

War der Patient früher schon in kieferorthopädischer Behandlung? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, bei wem und wo?
Befindet sich der Patient derzeit in kieferorthopädischer Behandlung? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, bei wem und wo?
Sind bereits Geschwister bei uns in kieferorthopädischer Behandlung? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte den Namen angeben!

## Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Praxis Dres. Sawas

Sehr geehrte/r Patient/in,

in unserer Praxis möchten wir aus organisatorischen Gründen auch Verarbeitungen von Daten vornehmen, für die jeweils eine Einwilligung des Patienten erforderlich ist.

Diese Verarbeitungen sind im Einzelnen unten aufgeführt und in einer Zahnarztpraxis durchaus üblich. Wir möchten Sie bitten, durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass bzw. mit welchen Verarbeitungen Sie einverstanden sind. Ihre Behandlung ist hiervon selbstverständlich nicht abhängig. Sie haben die Möglichkeit, jede Einwilligung jederzeit durch formlose Mitteilung an uns zu widerrufen.

Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck Erforderliche beschränkt. Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulationen, Verlust, oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung und Ihr Ansprechpartner für Fragen ist Herr Dr. Masin Sawas.

1. Vorsorge, Prophylaxe Recall, Terminerinnerung und Vereinbarung	Ein regelmäßiger Zahnarztbesuch ist sinnvoll und kann zu Einsparungen beim Zahnersatz führen. Mit unserem "Recall" erinnern wir Sie hieran gerne per [z.B. Telefon, Mail, SMS, Postkarte] 4-6 Monate nach Ihrer letzten Untersuchung. Gerne würden wir Sie auch gerne für Terminänderungen oder Terminvereinbarung kontaktieren.
2. Abrechnung über externen Dienstleister	Wir nehmen uns viel lieber Zeit für Ihre Behandlung als für die Abrechnung. Sofern einmal private Zahlungen anfallen, beauftragen wir daher regelmäßig das Unternehmen <b>PVS dental GmbH Auf der Heide 465553 Limburg</b> , uns diese Arbeit abzunehmen. Es handelt sich dabei um ein zuverlässiges, anerkanntes zahnärztliches Abrechnungsunternehmen. An dieses werden nur die für die Abrechnung erforderlichen Daten, insbesondere Ihre Kontaktdaten sowie die nach der Gebührenordnung für Zahnärzte/Ärzte erbrachten Leistungen übermittelt, soweit erforderlich auch mit uns geschlossene besondere Vereinbarungen, aber keine darüber hinausgehenden Gesundheitsdaten oder sonstige Informationen.
3. Externe zahntechnische Labore	Ein Datenaustausch findet ggf. auch mit den externen zahntechnischen Laboren für Zahnersatz oder Zahnspangen statt, ggf. ist ein Zahntechniker bei Anpassungen auch anwesend bei entsprechenden Anproben.
4. Austausch von Röntgenbildern	Um die Zusammenarbeit mit ärztlichen und zahnärztlichen Kollegen schnell und unbürokratisch für Sie zu gestalten, bedarf es ggf. dem Austausch von Röntgenbildern per email; CD oder USB Stick.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die Verarbeitungen erkläre, **sofern ich diese oben nicht insgesamt oder einzeln durchgestrichen habe.**

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich die Praxismitarbeiter von Dres. Sawas von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Datum, Unterschrift



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
 Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die ärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

### 1. Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?

Zuckerkrankheit, wenn ja, insulinpflichtig?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Allergien, wenn ja bitte Allergiepass vorlegen! (z.B. Jod, Latex)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Asthma, wenn ja, liegt ein Asthmaspray vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen (z.B. TBC)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Rheuma/rheumatisches Fieber	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Liegt eine Suchterkrankung vor, wenn ja welche	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Osteoporose Erkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Magen-Darmerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nervenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Erhöhter Augeninnendruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

### 2. Haben Sie eine Erkrankung des Herzens? Ja , dann weiter ausfüllen Nein

Angeborener oder erworbener Herzfehler	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzklappenfehler oder Herzklappenersatz	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzoperation, wenn wann	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herz Pass?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

### 3. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen oder haben Sie eine blutgerinnungshemmende Erkrankung? Ja , dann weiter ausfüllen Nein

Marcumar <input type="checkbox"/> ; Godamed <input type="checkbox"/> ; ASS <input type="checkbox"/> ; Xarelto <input type="checkbox"/> ; Heparin <input type="checkbox"/> ; Sonstige <input type="checkbox"/>
Hämophilie A <input type="checkbox"/> ; Hämophilie B <input type="checkbox"/> ; Hämophilie C (Rosenthal-Syndrom) <input type="checkbox"/> ; Sonstige <input type="checkbox"/>

### 4. Besteht eine Infektionskrankheit Ja Nein


Hepatitis A <input type="checkbox"/> ; Hepatitis B <input type="checkbox"/> ; Hepatitis C <input type="checkbox"/> ; MRSA <input type="checkbox"/> ; HIV <input type="checkbox"/> ; TBC <input type="checkbox"/> ; Sonstige <input type="checkbox"/>
--

### 5. Haben Sie einen Tumor oder ist eine tumoröses Geschehen bekannt? Ja Nein

### 6. Für die Patientinnen: Liegt eine Schwangerschaft vor? Stillen Sie? Ja Nein

### 7. Wann wurden Ihre Zähne oder Ihr Kiefer zum letzten Mal geröntgt? \_\_\_\_\_

### 8. Vertragen Sie zahnärztliche Betäubungsmittel (Spritzen)? Ja Nein

Datum/ Unterschrift (ggf. Vormund/Erziehungsberechtigten)


9. Nehmen Sie Medikamente ein, wenn ja welche?

Ja  Nein

**Ihre aktuelle Medikamenten Liste**


**Besonderheiten**

*(sollten noch relevante Dinge fehlen oder ausgeführt werden, dann nutzen Sie bitte dieses freie Feld)*

--

Datum/ Unterschrift (ggf. Vormund/Erziehungsberechtigten)



**Recall (Erinnerungsdienst)**

Wir möchten Ihnen hiermit anbieten Sie an regelmäßigen Vorsorge, Prophylaxe oder Nachsorge Termine zu erinnern.

- Ja ich möchte den Recalldienst** nutzen, am liebsten per Anruf, SMS, email, Postkarte (*bitte zu treffendes Unterstreichen*)
  
- Nein** Danke