

Bitte füllen Sie den Bogen sorgfältig aus. Alle erhobenen Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

**Anmeldebogen mit Anamnese, bitte Unterschrift auf der Rückseite**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Telefon privat: \_\_\_\_\_

Handy privat: \_\_\_\_\_ Email Privat: \_\_\_\_\_

Tel. Arbeit: \_\_\_\_\_ Email Arbeit: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

**Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine  
der folgenden Erkrankungen ?**

**bei Antwort ja bitten  
wir um ergänzende Angaben**

Herz-Kreislauf-Erkrankungen                      nein \_\_\_ ja \_\_\_ \_\_\_\_\_  
z.B. Herzinsuffizienz, -schwäche, -infarkt, -rhythmusstörungen, -schrittmacher, Bypass, Stent,  
Endokarditis, hoher oder niedriger Blutdruck, Durchblutungsstörungen

Blutgerinnungsstörung / blutgerinnende Mittel (ASS, Marcumar, Plavix, Xeralto)      nein \_\_\_ ja \_\_\_ \_\_\_\_\_

Ansteckende oder Infektionskrankheiten      nein \_\_\_ ja \_\_\_ \_\_\_\_\_  
z.b HIV/Hepatitis/TBC

Depressionen    nein \_\_\_ ja \_\_\_ \_\_\_\_\_

Glaukom/grüner Star                                      nein \_\_\_ ja \_\_\_ \_\_\_\_\_

Asthma/Lungenerkrankung                              nein \_\_\_ ja \_\_\_ \_\_\_\_\_

Nieren-/Lebererkrankung                              nein \_\_\_ ja \_\_\_ \_\_\_\_\_

Osteoporose/Bisphosphonat-Therapie                      nein \_\_\_ ja \_\_\_ \_\_\_\_\_

Diabetes-welcher Typ                                      nein \_\_\_ ja \_\_\_ \_\_\_\_\_

Epilepsie/Anfallsleiden                                      nein \_\_\_ ja \_\_\_ \_\_\_\_\_

Tumor/Krebserkrankungen/Bestrahlung                      nein \_\_\_ ja \_\_\_ \_\_\_\_\_

Chemotherapie, wann/Körperregion?                      nein \_\_\_ ja \_\_\_ \_\_\_\_\_

sonstige Erkrankungen ?                                      nein \_\_\_ ja \_\_\_ \_\_\_\_\_

Rauchen Sie ? Wie viele Zigaretten?                      nein \_\_\_ ja \_\_\_ \_\_\_\_\_

Alkohol/Drogen, übermäßiger Konsum ?                    nein \_\_\_ ja \_\_\_ \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft? Woche?                    nein \_\_\_ ja \_\_\_ \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente? Welche?                    nein \_\_\_ ja \_\_\_ \_\_\_\_\_

---

**Sollte ein Medikamentenplan vorliegen, geben Sie diesen bitte bei uns ab.**

Allergie/Unverträglichkeiten?                    nein \_\_\_ ja \_\_\_ \_\_\_\_\_

---

**Bitte geben Sie alle Unverträglichkeiten und auch Allergien auf Medikamente an.**

Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer?                    nein \_\_\_ ja \_\_\_ \_\_\_\_\_

---

**Sollte ein Betreuer bestimmt sein, geben Sie bitte Namen und Kontaktdaten an.**

Liegt eine Pflegestufe vor, welcher Grad?                    nein \_\_\_ ja \_\_\_ \_\_\_\_\_

Liegt eine Behinderung vor, welche?                    nein \_\_\_ ja \_\_\_ \_\_\_\_\_

**Hauptversicherter?** bei Familienversicherten/Minderjährigen \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Bei getrennt lebenden Elternteilen, wer hat Sorgerecht? \_\_\_\_\_

Ueberweisung von anderem Arzt? nein \_\_\_ ja \_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Neupatient nein \_\_\_ ja \_\_\_

Als Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung (bei Kassenpatienten) bin ich verpflichtet, (pro Besuch) im Quartal meine Versichertenkarte vorzulegen. Liegt zum Quartalsende diese nicht vor, erhalte ich eine Privatrechnung für die erbrachten Leistungen. Bitte erscheinen Sie pünktlich zu den vereinbarten Terminen oder sagen Sie diese fristgerecht und so früh wie möglich ab.

**Wir behalten uns vor, bei NICHT-ERSCHEINEN zu vereinbarten Terminen 30 € Ausfallgebühr zu berechnen. Ich bestätige dies unten stehend per Unterschrift.**

### **Datenschutz-Hinweise zur Datenverarbeitung in unserer Praxis**

Im Zuge der Neuregelung des Datenschutzes vom 25.05.2018 weisen wir Sie darauf hin, dass von Ihnen Daten erhoben und EDV-gestützt verarbeitet werden. Dies umfasst persönliche-, medizinische- und versicherungstechnische Daten. Die Daten sind für die Behandlung und Abrechnung zwingend notwendig. Wir sichern zu, dass diese Daten mit Sorgfalt behandelt werden und nur notwendige Daten an die an der Behandlung beteiligten Ärzte, an Ihre Krankenkasse und an die KZVB zur Abrechnung weitergegeben werden. Ferner behalten wir uns vor, in einigen Fällen Fotos Ihrer Zähne bzw. Ihres Zahnersatzes anzufertigen, diese werden ausschließlich zur internen Dokumentation des Behandlungsverlaufes verwendet. Gleichzeitig weisen wir darauf hin, dass schon aus Gründen der ärztlichen Schweigepflicht grundsätzlich keine Weitergabe von Daten an unberechtigte Dritte erfolgt. Die Erklärung zur Nutzung Ihrer Daten kann von Ihnen widerrufen werden, jedoch kann OHNE Erfassung Ihrer Daten keine Behandlung durchgeführt werden.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ich habe die Regelung zum Datenschutz gelesen und bestätige dies:

**Datum, Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter/Betreuer** \_\_\_\_\_