



Anamnesebogen

Name: Vorname:
 Strasse: PLZ/Ort:
 geb. am: E-Mail:
 Telefon (privat): (dienstlich):
 Beruf: Hausarzt: Name:

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-/ Kreislaferkrankungen:

Hoher Blutdruck ja nein
 Niedriger Blutdruck ja nein
 Herzklappenfehler ja nein
 Herzklappenersatz ja nein
 Herzschrittmacher ja nein
 Endokarditis ja nein
 Herzoperation ja nein

Hochgradige Neutropenie ja nein
 Mukoviszidose-Erkrankung ja nein
 Organtransplantiert ja nein
 Stammzellentransplantiert ja nein

Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein
 Lebererkrankung/Hepatitis ja nein
 Tuberkulose ja nein
 Infektionskrankheiten (z. B. MRSA) ja nein
 Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK) ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

Nehmen Sie Bisphosphonate? ja nein

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? ja nein

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? ja nein

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva? ja nein

Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? ja nein Datum:

Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein

Asthma/Lungenerkrankungen ja nein

Blutgerinnungsstörungen ja nein

Diabetes/Zuckerkrankheit ja nein

Drogenabhängigkeit ja nein

Nervenerkrankung ja nein

Nierenerkrankungen ja nein

Ohnmachtsanfälle ja nein

Osteoporoseerkrankung ja nein

Raucher ja nein

Rheuma/Arthritis ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein

Sonstige Erkrankungen: ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen ja nein

Antibiotika ja nein

Schmerzmittel ja nein

Metalle:

ja nein

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

Patientendaten dürfen nur unter engen Voraussetzungen erhoben, gespeichert, genutzt und verarbeitet werden. Es bedarf dabei regelmäßiger der Zustimmung des Patienten oder einer gesetzlichen Bestimmung, die dies gestattet. Zulässig ist dies etwa, wenn die Daten für die Vorsorge, Diagnostik oder Behandlung vonnöten ist. Die ausliegenden Informationen zum Datenschutz habe ich gelesen und verstanden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine **einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen**. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahnarzt/ Zahnärztin gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, ggf. eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten unter den genannten Voraussetzungen weitergeleitet werden.

....., den

Unterschrift: