



Dr. Karola Weinreich

Ihre Zahnärztin für die ganze Familie

Patientenanmeldung und -anamnese

Name (Vor- & Nachname)

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer

Postleitzahl / Wohnort

Telefon

Mobil

E-Mail

Über welches Familienmitglied sind Sie versichert:

Name Versicherter

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer

Postleitzahl / Wohnort

Wie sind Sie versichert:

gesetzliche Versicherung

freiwillig versichert

Zusatzversicherung

private Versicherung

Basistarif

Beihilfe

Ihr Hausarzt _____

Besteht ein Pflegegrad oder eine Eingliederungshilfe?

Ja Nein

Pflegegrad: _____

unbefristet

befristet bis _____

Eingliederungshilfe mit Bescheid

unbefristet

befristet bis _____

Bei Betreuung Vollmacht oder Betreuerausweis & Personalausweis bitte mitbringen!

empfohlen/überwiesen durch: _____

Ich möchte an die nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden:

Ja

Nein

Keine Erinnerung erbeten.

Ich bin damit einverstanden Termin, Terminerinnerungen, o. ä. per SMS oder E-Mail zu erhalten.*

... Ihre Zahnärztin für die ganze Familie



Dr. K. Weinreich
Hauptstr. 99
97616 Bad Neustadt



Telefon: 09771 635 54 81



Mail: praxis@zahnarztpraxis-weinreich.de



Anamnese:

1. Herzerkrankungen, -fehler oder -geräusche? Ja Nein
 2. Erschwerte Atmung, Asthma oder sonstige Lungenerkrankungen? Ja Nein
 3. Erkrankungen der Leber oder Niere? Ja Nein
 4. Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)? Ja Nein
 5. Diabetes oder Stoffwechselkrankheiten? Ja Nein
 6. Schlechte Blutgerinnung oder andere Blutkrankheiten? Ja Nein
 7. Starke Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle? Ja Nein
 8. Veränderter Muskeltonus oder spastische Anfälle? Ja Nein
 9. Geistige Beeinträchtigung oder Behinderung? Ja Nein
 10. Probleme beim Hören oder Taubheit? Ja Nein
 11. Probleme beim Sprechen? Ja Nein
 12. Sonstige Krankheiten? Wenn ja, welche? Ja Nein
-
13. Reagieren Sie allergisch? Wenn ja, auf was?
(z.B. Medikamente, Latex, Pflaster)? Ja Nein
-
14. Nimmten Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? Ja Nein
-
15. Sind Sie gegen Tetanus geimpft? Ja Nein
 16. Kommt es bei Ihnen nach Verletzungen oder Operationen zu starken Blutungen? Ja Nein
 17. Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zur Zeit mit sog. Bisphosphonaten behandelt – z.B. nach einer Tumorerkrankung oder bei Osteoporose? Wenn ja, mit welchem Präparat?
(z.B. Zometa, Aredia, Didronel, Actomel) Ja Nein
 18. Ist bei Ihnen eine Endokarditisprophylaxe notwendig?
(Antibiotikaeinnahme z.B. nach Herzoperationen) Ja Nein
 19. Werden Sie ohnmächtig oder wird Ihnen schlecht? Ja Nein
 20. Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung? Ja Nein
 21. Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?
Wenn ja, welcher Monat: _____ Ja Nein
 22. Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden? Ja Nein
 23. Haben Sie Knacken oder Reiben beim Kauen? Ja Nein
 24. Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen? Ja Nein



Dr. Karola Weinreich

Ihre Zahnärztin für die ganze Familie

25. Knirschen Sie mit den Zähnen? Ja Nein
26. Möchten Sie vor Behandlungsbeginn noch ein Gespräch mit Ihrer Zahnärztin, um eventuell Gegebenheiten zu erläutern, die Sie hier nicht angeben möchten. Ja Nein
27. Ich habe noch folgende Anmerkungen:

Datenschutz*

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogene Daten verarbeitet: Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte und Zahnärzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z. B. Röntgenbilder).

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privatärztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die o. g. Dritten ein. Meine Rechte, insbesondere zum Widerruf dieser Einwilligung, sind mir bekannt.

Im Vertretungsfall innerhalb der Praxis können die erforderlichen medizinischen und sonstige personenbezogenen Daten ausgetauscht werden. Falls ich das nicht wünsche, markiere ich dies hier:


Ich bestätige, die Fragen zur Anmeldung und Anamnese nach meinem besten Wissen beantwortet zu haben.

Datum

Unterschrift Patient / Versicherte

*Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

... Ihre Zahnärztin für die ganze Familie

 Dr. K. Weinreich
Hauptstr. 99
97616 Bad Neustadt

 Telefon: 09771 635 54 81

 Mail: praxis@zahnarztpraxis-weinreich.de