



Anamnesebogen/Gesundheitsfragen

Familienname Vorname

Straße, Hausnr. Ort

Telefon Privat Dienstlich

Behandelnder Zahnarzt, Name, Adresse

Behandelnder Hausarzt, Name, Adresse

Einverständniserklärung bei Behandlung Minderjähriger

Hat ein Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung die Einverständniserklärung eines Erziehungsberechtigten notwendig.

Datum Unterschrift Erziehungsberechtigter

Bitte beantworten Sie Fragen zur Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Gesundheitszustand:	Bitte ankreuzen:		Bemerkungen:
Herz-Kreislauf-Erkrankung:	Ja	Nein	
Hoher Blutdruck/Werte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Niedriger Blutdruck/Werte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Herzerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Herzoperation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Herzschriltmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Infektionserkrankungen:	Ja	Nein	
HIV/AIDS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hepatitis (Gelbsucht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tuberkulose (TBC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	



Weitere Erkrankungen:	Ja	Nein		Ja	Nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Drogenkonsum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alkoholgenuss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Raucher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Glaukom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Tumorerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Typ: _____		
Nierenerkrankung/Dialyse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Ohnmachtsneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Schwangerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
			Welcher Monat?
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
			Welche?
Nehmen sie Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
			Welche?

Pflegestufe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
			Welche?

Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer? Wenn ja, wer ist dieser?

Wird eine Terminerinnerung gewünscht?



Hinweis zur Lokalanästhesie:

Sehr geehrter Patient, hiermit weisen wir sie ausdrücklich darauf hin, das bei Anwendung einer Lokalanästhesie (Betäubung), Ihre Reaktionsfähigkeit und die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr und zum Bedienen von Maschinen für einige Stunden eingeschränkt sein kann!

Einverständniserklärung zum Erfassen, Bearbeiten und Speichern von Patientendaten (gem. Art. 9 Abs. 2 DSGVO)

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein behandelnder Arzt innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen und speichern darf.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann.

Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzliche Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen.

Ich habe alle Angaben ausgefüllt und verstanden.

Datum

Unterschrift