

# ZAHNSCHÖN AM MÜHLENBERG

**CARMEN K. EMMERICH ZAHNÄRZTIN**

**Am Mühlenberg 2-14 51465 Bergisch Gladbach Telefon: 02202 – 30094**

*Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,*

Unserer beiliegenden Patienten-Information „Datenschutz“ können Sie entnehmen, warum und auf welcher Grundlage wir bestimmte personenbezogene Daten von Ihnen verarbeiten. Um für Sie eine reibungslose und effektive Untersuchung zu gewährleisten, ist es für uns wichtig, im Voraus über Ihre Beschwerden, Ihren Mund- und Gesundheitszustand und Ihre Wünsche informiert zu sein. Dazu haben wir einen Fragebogen für Sie vorbereitet, den Sie uns bitte vollständig ausgefüllt, zusammen mit den vorhandenen **aktuellen** (maximal 3 Monate alten) **Röntgenaufnahme** vorab zusenden. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes (DSGVO).

**Bitte geben Sie uns Ihre vollständigen Adressangaben in Druckschrift an, damit wir Sie zuverlässig kontaktieren können:**

Vor- und Zuname

---

Geb.-Datum

---

Straße Nr.

---

Land, Postleitzahl, Stadt

---

E-Mail-Adresse (unbedingt angeben)

---

Telefon Büro

Telefon Privat

Handy (unbedingt angeben)

---

Beruf

---

Arbeitgeber

---

Krankenkasse

gesetzlich

freiwillig

Zusatzversicherung

(bitte konkret angeben)

---

Privatversicherung

Normaltarif

Beihilfe

Standard (1,7-fach)

(bitte konkret angeben)

---

Mitglied (falls nicht selbst versichert)

---

Auf wessen Empfehlung kommen Sie?

---

Hausarzt

---

# ANAMNESEBOGEN

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen:

## Herz Gefäße

- Herzfehler / Herzschwäche
- Angina Pectoris
- Herzinfarkt **Atemwege / Lunge**
- Herzmuskelentzündung
- Künstliche Herzklappe
- Herzschrittmacher
- Rhythmusstörungen
- Herzoperationen
- Haben Sie einen Herzpass?

Ausgestellt von: \_\_\_\_\_

Schnarchen Sie?

Sonstiges: \_\_\_\_\_

- Schlaganfall
- Asthma
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- Chronische Bronchitis
- Schlafapnoe

## Leber Nieren

- Gelbsucht
- Fettleber
- Hepatitis A oder B oder C

Welche: \_\_\_\_\_

- Dialysepatient
- Nierenentzündung
- Nierenerkrankung

## Magen / Darm

- Sodbrennen

## Stoffwechsel

- Diabetes mellitus Typ I (Zuckerkrankheit)
- Diabetes mellitus Typ II (Zuckerkrankheit)
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion
- Kropf

## Blutdruck / Blut

- Leiden Sie unter niedrigem Blutdruck
- Leiden Sie unter hohem Blutdruck
- Nehmen Sie Blutdruckmedikamente?

Welche: \_\_\_\_\_

- Haben Sie Gerinnungsstörungen
- Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen?
- ASS
- Aspirin
- Marcumar
- Ticlopidin
- Plavix
- Clopidogrel
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Rücken / Knochen / Skelett

- Bandscheibenbeschwerden \_\_\_\_\_ OP? \_\_\_\_\_
- Rheuma
- Gelenkerkrankungen

## Nerven / Gemüt

- Nervenerkrankungen?
- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände

Welche Medikamente: \_\_\_\_\_

## Allergien

- Heuschnupfen
- Medikamente Welche: \_\_\_\_\_
- Latex (Gummihandschuhe)  Desinfektionsmittel
- Einnahme von Cortison
- Jod

## Immunschwäche

- HIV / AIDS
- Zustand nach Organtransplantation
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

# ANAMNESEBOGEN

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen:

## Liegt ein Krebsleiden vor?

- Welches: \_\_\_\_\_  
 Wurden Ihnen Bisphosphonate verordnet?  
Welche Medikamente bekommen Sie? \_\_\_\_\_

## Trinken Sie regelmäßig Alkohol? (nehmen Sie Drogen?)

Was und wie viel? \_\_\_\_\_

## Rauchen Sie?

Wie viel? \_\_\_\_\_

## Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? \_\_\_\_\_

## Andere Erkrankungen?

Welche? \_\_\_\_\_

## Sind Sie schwanger?

Welche Woche? \_\_\_\_\_

- Leiden Sie unter **Zahnfleischbluten**?  
 Leiden Sie unter **empfindlichen Zähnen**?  
 Leiden Sie unter **Mundgeruch**?  
 **Knirschen** oder **Pressen** Sie?  
 Haben Sie 1x in der Woche oder mehr **Kopfschmerzen**?  
 Verursacht das **Kiefergelenk** Knack-, Knirsch- oder Reibegeräusche? Wenn ja, auf welcher Seite? \_\_\_\_\_  
 Leiden Sie unter chronischen Ohrenentzündungen, Ohrenschmerzen, **Tinnitus**, **Ohrgeräuschen**, Klingeln, Rauschen, Pfeifen? \_\_\_\_\_

- 
- Wünschen Sie – wo immer möglich und sinnvoll – eine begleitende Behandlung mit **Naturheilverfahren**?  
 Ja  Nein

**Bitte sichern Sie uns zu, dass Sie Ihre Angaben vollständig gemacht haben.**

DATUM \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Unsere Praxis wird ausschließlich nach dem Bestellsystem geführt. Wenn Sie einmal einen Termin nicht einhalten können bitten wir dringend – auch um unnötige Kosten für Sie zu vermeiden – um eine Absage 48 Stunden vorher.**

(Siehe 615 BGB und Amtsgericht Westerburg, Urteil vom 16. Oktober 1998, Az: 22 C 1963/97; Landgericht Karlsruhe, Urteil vom 31. März 1999, Az: 3 S 214/98; AG Wetzlar Az.:32 C 1826/03 (vom 09.12.2004) ; AG MannheimAz.:19C 293/04 vom28.09.2004; AG Düsseldorf Az.: 52 C 4822/13 vom 18.11.2013)

DATUM \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Ich entbinde die Praxis von der Schweigepflicht soweit es die Weiterleitung von Röntgenbildern und Behandlungsdaten an **mitbehandelnde oder nachbehandelnde Ärzte und Zahnärzte** angeht. Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

DATUM \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_