

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, Ohrenscherzen, **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** _____