



Anamnesebogen

Patient/in: Nachname: _____ Vorname: _____ geb.am: _____

Mitglied/Versicherter: Nachname: _____ Vorname: _____ geb.am: _____

Anschrift: Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Tel/Mobil: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Versicherung: _____

Beihilfe zusatzversichert freiwillig versichert

Allgemeine Anamnese	ja	nein
Medikamenteneinnahme _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
welche?: _____		
Allergien: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
welche?: _____		
Herzschrittmacher _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutverdünner (Marumar, o.ä) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten(Hepatitis, HIV etc.) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
welche?: _____		
Diabetes: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raucher: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Pflegestufe? (Zusatzleistungen möglich!) Stufe: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Situation im Mund	ja	nein
Zahnfleischbluten _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnfleischrückgang _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geräusche am Kiefergelenk _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen an Kopf oder Nacken _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit Ihren Zähnen zufrieden? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was gefällt/gefällt nicht? _____ _____		
Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt? _____		
Besteht eine Schwangerschaft? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Letzter Zahnarztbesuch (ca.) _____		

Welches besondere Anliegen führt Sie zu uns in die Praxis?

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen?

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes (auch Schwangerschaften) unverzüglich mitzuteilen.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen und stehen Ihnen bei Fragen jederzeit zur Verfügung. Gerne dürfen Sie uns weiterempfehlen oder uns eine Bewertung auf Jameda, Google+ oder Facebook schreiben. Wir freuen uns auf Ihr Feedback.

.....
Datum und Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten

Aufklärung Ausfallhonorar

Lieber Patient,

wir sind eine reine Bestellpraxis, nicht zuletzt deshalb, damit Sie sich immer auf eine termingerechte Behandlung verlassen können. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir für nicht eingehaltene Termine, die nicht **spätestens 48 Stunden** vor Behandlungsbeginn abgesagt werden, ein Ausfallhonorar berechnen müssen. Sollten Sie dennoch nicht rechtzeitig absagen, so sind Sie verpflichtet, die Kosten für die an diesem Tag geplante Behandlung zu zahlen, wobei das anzurechnen ist, was in Folge des Unterbleibens der Behandlung erspart wurde oder durch Behandlung anderer Patienten erworben wurde. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

Ich habe die Aufklärung gelesen und zur Kenntnis genommen.

.....
Datum und Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten

Aufklärung Datenschutz laut DS-GVO

Lieber Patient,

gemäß des neuen Datenschutzgesetzes sind wir verpflichtet, Sie zum Thema „Datenschutz in unserer Praxis“ aufzuklären. Wir möchten Sie daher über die Vorgehensweise in unserer Praxis informieren und erbitten sodann Ihre Einwilligung in unsere nachfolgend aufgeführten Datenschutzmaßnahmen durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

Information zum praxisinternen Umgang mit Ihren Daten laut DS-GVO

- In unserer Praxis werden von Beginn an Patientendaten erhoben, verarbeitet und elektronisch gespeichert
- Innerhalb unserer Praxis haben alle ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter/innen Zugang zu Ihren Patientendaten; alle Mitarbeiter/innen sind zum Datenschutz verpflichtet und haben zu Beginn Ihres Arbeitsverhältnisses eine Schweigepflichterklärung unterzeichnet.

Datenschutzmaßnahmen zum Schutz Ihrer Patientendaten

- Wenn es zu einer Beratung oder Behandlung in unserer Praxis kommt, fordern wir ggf. Ihre Patientendaten bei mitbehandelnden Kollegen an bzw. übermitteln Ihre Patientendaten ggf. an mitbehandelnde oder weiterbehandelnde Kollegen, sofern diese von ihnen benötigt werden
- Bei den mitbehandelnden Kollegen kann es sich z.B. um Zahnärzte, Physiotherapeuten, Logopäden, Kieferchirurgen, Kieferorthopäden oder um Kliniken handeln. Bei den zu übermittelnden Patientendaten handelt es sich in der Regel um Name, Adresse, Geburtsdatum, Krankenvorgeschichte und Röntgenbilder. Die Übermittlung erfolgt verschlüsselt via Email, als Fax oder postalisch in Form von Arztbriefen, Befundberichten o.ä.
- Die in der Praxis erhobenen, verarbeiteten und gespeicherten Daten werden von uns ggf. an folgende Dienstleister übermittelt:
 - Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayern, Fallstr. 34, 81369 München zum Zwecke der Abrechnung
 - Consys GmbH, Landsberger Str. 402, 81241 München zum Zwecke der Datenverarbeitung und Abrechnung
 - DZR GmbH Marienstr. 10, 70178 Stuttgart, zum Zwecke der Abrechnung
 - ggf. Huiss Dentallabor GmbH, Hermanstr. 15, 86150 Augsburg bei Herstellung von Zahnersatz
 - ggf. CADdent GmbH, Max-Josef-Metzger-Str. 6, 86157 Augsburg bei Herstellung von Zahnersatz
 - ggf. Dentsply Sirona International Headquarters, Sirona Straße 1, A- 5071 Wals bei Salzburg, Austria

Durch Ihre Unterschrift willigen Sie in die oben aufgeführten Datenschutzmaßnahmen unserer Praxis ein. Sie können diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir bei Nichteinwilligung keine Behandlung in unserer Praxis durchführen können.

Ich habe diese Mitteilung gelesen und verstanden. Eine Kopie wird mir auf Wunsch ausgehändigt.

.....
Name in Druckbuchstaben

.....
Datum und Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten