



ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir, das Team der PRAXIS DR. KAST, möchten Ihnen den Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Um Ihnen eine Betreuung auf hohem Niveau zu gewährleisten und gezielt auf Ihre individuellen gesundheitlichen und persönlichen Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name • Vorname • Geburtsname

Titel

Straße • Hausnummer

Geburtsdatum • Geburtsort

Postleitzahl • Ort

E-Mail*

Telefon (privat)*

Telefon (mobil)*

Hausarzt (Name • Ort)***

Beruf**

WIE SIND SIE VERSICHERT?

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Gesetzlich versichert Privat versichert

Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung?

Ja

Nein

Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?

Ja

Nein

VERSICHERTER

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Name

Vorname

Straße • Hausnummer

Postleitzahl • Ort

Geburtsdatum • Geburtsort

Telefon (privat)

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

Endokarditisprophylaxe

Herzinfarkt

Herzfehler • künstliche Herzklappe

Herzschrittmacher

Hoher Blutdruck

Niedriger Blutdruck

Allergien Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass? Asthma

Diabetes

Schlaganfall

Epilepsie

Leber

Nieren

Schilddrüse

Magen-Darm-Trakt

Gelenke (Rheuma)

Osteoporose

Tumorerkrankung

Immunsuppression

Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen

Sonstige Erkrankungen _____

* Freiwillige Angabe • wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen

** Freiwillige Angabe • diese Information kann hilfreich für die Behandlung sein

***Freiwillige Angabe • wenn die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bezüglich einer Einwilligung auf Sie zu

LEIDEN SIE UNTER FOLGENDEN INFEKTIONSKRANKHEITEN?

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- Hepatitis HIV · AIDS Tuberkulose
 Krankenhauskeime (z.B. MRSA etc.)

NEHMEN SIE MEDIKAMENTE EIN?

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Blutdruckmedikamente Herzmedikamente Bisphosphonate Cortison (Kortikoide)
 Schmerzmittel Antidepressiva
 Blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, Xarelto®, Eliquis®, Pradaxa® oder ASS®

Sonstige Medikamente? _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten?

Wenn ja, gegen welche? _____

SONSTIGE ANGABEN

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Für Patientinnen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein Wenn ja, in welcher Woche? _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Knirschen Sie? Ja Nein

Was führt Sie zu uns?

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Kontrolle Beschwerden Schmerzen Allgemeine Informationen

Ich wünsche eine besondere Beratung über:

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- Bleaching · Aufhellung der Zähne Frontzahnkorrektur Sonstiges
 Professionelle Zahnreinigung Zahnersatz
 Zahnfarbene Füllungen Implantate

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- Empfehlung Telefonbuch Jameda Internetseite Sonstiges

ALLGEMEINE HINWEISE

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Hinweis zur Organisation: Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen.

Ort · Datum

Unterschrift

HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN · *HINWEIS ZU FREIWILLIGEN ANGABEN

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort · Datum

Unterschrift

WIR DANKEN IHNEN HERZLICH FÜR IHRE BEANTWORTUNGSZEIT
IHR TEAM DER PRAXIS DR. KAST

DR. ELISABETH KAST · ZAHNÄRZTIN
Hessenring 25 · 61449 Steinbach · T 06171 71579
F 06171 883 817 · E praxis@dr-kast.de · www.dr-kast.de