



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um Ihnen eine gewissenhafte Behandlung zu gewährleisten, bitten wir Sie, die aufgeführten Fragen sorgfältig zu beantworten. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) vom 25.05.18 behandelt.

Hauptstraße 48
97204 Höchberg

tel 0931 4 95 15
fax 0931 40 05 74

info@dr-an.de
www.dr-an.de

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum/Geburtsort

.....
Anschrift

.....
Beruf

.....
Telefon

.....
E-Mail

.....
Ggf. versichertes Mitglied/Rechnungsempfänger

.....
Geburtsdatum

Versicherungsstatus:

- Gesetzlich pflichtversichert
 Gesetzlich freiwillig versichert

- Zahnzusatzversicherung
 Beihilfe berechtigt

- Privat versichert
 Privat Standardtarif

Erklärung:

Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ gemäß DSGVO wurden mir vorgelegt und sind in der Praxis und auf der Website unter dem Punkt „Datenschutzerklärung“ einsehbar. Mit meiner Unterschrift genehmige ich die Verarbeitung meiner persönlichen Daten gemäß DSGVO.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift



Allgemeine Anamnese

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? nein
 ja, wegen:

Behandelnde Ärzte

Welche Arzneimittel/Blutverdünnung nehmen Sie zur Zeit ein?

ASS MARCUMAR Plavix Eliquis Pradaxa Xarelto Godamed

Nehmen Sie/nahmen Sie: Biphosphonate Nahrungsergänzungsmittel

Reagieren Sie allergisch auf bestimmte

Stoffe z. B. Penicillin, Latex,? ja nein

Besitzen Sie folgenden Pass? Herzpass Allergiepass Röntgenpass

Sind Sie zur Zeit schwanger? Woche nein

Bestehen zur Zeit oder bestanden schon einmal:

Herzerkrankungen Endokarditisprophylaxe Wundheilungsstörungen
 Herzinfarkt Herzschrittmacher

Kreislaufferkrankungen hoher Blutdruck niedriger Blutdruck

Stoffwechselerkrankungen Osteoporose Schilddrüsenüberfunktion
 Lebererkrankung Zuckerkrankheit (Diabetes)
 Magen-Darmerkrankung

Infektionskrankheiten Hepatitis A/B/C Herpes
 Tuberkulose HIV/AIDS
 Krankenhausinfektion (nosokomiale Infektion)

Zahnärztliche Anamnese

Wurden Ihre Zähne in den letzten 6 Monaten geröntgt? ja nein

Haben Sie häufig Kopfschmerzen? ja nein

Knirschen /Pressen Sie zeitweise mit den Zähnen? ja nein

Haben Sie Ohrgeräusche, -pfeifen, Tinnitus? ja nein

Hatten Sie schon einmal eine ungewöhnliche Reaktion auf ein Betäubungsmittel? ja nein

Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorge- oder Prophylaxetermin erinnert werden (Recall)? ja nein

Haben Sie Fragen zum Thema: Angstbehandlung Implantate Zahnaufhellung (Bleaching)
 CMD-Kiefergelenk Prophylaxe

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

Ergeben sich Änderungen bezüglich meines Versicherungsstatus oder Gesundheitszustandes, werde ich diese bekannt geben.

Ort, Datum

Unterschrift