

# Anamnesebogen

## Patient(in)

Name, Vorname

Geburtsdatum/ -ort

 

Strasse, Hausnummer

PLZ, Wohnort

 

Telefon-Privat

Telefon-Mobil

E-Mailadresse

Fax

Krankenkasse / Krankenversicherung

Beruf

Arbeitgeber

Telefon

Fax

Wie sind Sie versichert?

Gesetzlich       Privat

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

Nein       Ja

## Versicherte(r)

Nur ausfüllen, wenn Sie **nicht selbst** Krankenversicherungsmitglied sind.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Strasse, Hausnummer

PLZ, Wohnort

 

Telefon

Fax

## Notfallkontakt

Name, Vorname

Telefon

# Anamnesebogen

## Anamnesefragen - 1/2

Wenn Pflegegrad vorliegt, welche Stufe?

- Grad 1       Grad 2       Grad 3       Grad 4       Grad 5  
 Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII für behinderte Menschen

Was ist der Grund Ihres Besuches in unserer Praxis?

Wann wurde die letzte Röntgenaufnahme Ihrer Zähne durchgeführt?

Sind Sie Raucher/Nichtraucher oder ehemaliger Raucher?

- Nichtraucher  
 Ehemaliger Raucher  
 Raucher, ich rauche täglich ca.  Zigaretten.

Wurde bereits eine Parodontose-Behandlung durchgeführt?

- Nein       Ja, am

Haben Sie gelockerte Zähne verloren?

- Nein       Ja

Was ist ihr wichtigstes Anliegen?

Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen?

- Nein       Ja

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

- Nein       Ja

Haben Sie einen auffälligen Blutdruck?

- Niedriger Blutdruck       Hoher Blutdruck

# Anamnesebogen

## Anamnesefragen - 2/2

Nehmen Sie Medikamente zur Blutgerinnung?

- Nein     Marcumar     Pradaxa     Xarelto     Eliquis  
 Sonstiges:

Haben Sie Auffälligkeiten im Bereich der Atmung?

- Nein     Asthma     Atemnot

Haben Sie Medikamentenunverträglichkeiten?

- Nein     Ja, ich vertrage kein(e)

Leiden Sie an Herz-Kreislauf-Erkrankungen?

- Nein     Angina Pectoris     Infarkt

Leiden Sie unter Brustschmerzen?

- Nein     Ja

Leiden Sie unter Blutgerinnungsstörung?

- Nein     Ja

Haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- Nein     Hepatitis, Lebererkrankungen, HIV, Tuberkulose

Leiden Sie unter Zuckerkrankheit / Diabetes mellitus?

- Nein     Ja, mein aktueller HbA 1c - Wert beträgt

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Nein     Ja, ich nehme

Bestehen andere Erkrankungen?

- Nein     Ja, ich leide an

# Anamnesebogen

## Recallprogramm

Möchten Sie an unserem Recallprogramm teilnehmen, d.h. regelmäßig an Vereinbarungen von Kontrollterminen erinnert werden?

Nein       Ja

## Hinweise zur Organisation

Liebe Patientinnen und Patienten,

bitte teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat.

Bitte informieren Sie uns umgehend über eine eventuell vorliegende Schwangerschaft.

Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.

Bei Nichteinhaltung von Terminen ohne vorherige Absage werden eventuelle Folgetermine gestrichen.

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen bezüglich Gesundheitszustand und Medikamenten zu informieren.

Wir möchten Ihnen einen angenehmen Besuch in unserer Praxis bieten. Dazu gehört auch die sorgfältige Planung Ihrer Termine, damit Sie nicht unnötig warten müssen. Sicher kann es vorkommen, dass Ihnen etwas Unvorhersehbares, wie Krankheit, Unfall oder Notfall, dazwischen kommt. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir dies nur bis zu einem bestimmten Maß tolerieren können – im Interesse unserer anderen Patienten, die auf einen Termin warten, und im Interesse unserer Mitarbeiter. Wir behalten uns daher vor, ein Ausfallhonorar (250 €/Stunde) zu berechnen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe. Zudem bestätige ich, dass ich nicht im Standard-, Basis- oder Notlagentarif bzw. Studententarif der privaten Krankenkassen versichert bin. Die im Anhang übermittelten Informationen zum Datenschutz habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift

Grünstadt,

# Anamnesebogen

## Datenschutz- / Datensicherheitsinformationen

Liebe Patientinnen und Patienten,

am 25. Mai 2018 sind die Europäische Datenschutzgrundverordnung und das neue Bundesdatenschutzgesetz in Kraft getreten. Der Schutz der persönlichen Daten von EU-Bürgern wird dadurch gestärkt.

Als Ihre Zahnarztpraxis legen wir großen Wert auf die Sicherheit Ihrer persönlichen Daten, die wir im Rahmen Ihrer Behandlung erheben. Die europäische Datenschutzvorschrift verpflichtet uns, Sie darüber zu informieren, welche Ihrer Daten wir zu welchem Zweck erheben, speichern und weitergeben.

### **Auf welcher Grundlage erheben wir Ihre Daten?**

Die Datenverarbeitung erfolgt entweder aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und uns zu erfüllen, oder weil Sie der Datenverarbeitung eingewilligt haben. Die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung Ihrer Daten sind zum Beispiel die Europäische Datenschutzverordnung, das Bundesdatenschutzgesetz und das Sozialgesetzbuch.

Sofern wir für die Datenverarbeitung Ihr Einverständnis benötigen, können Sie dieses jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen oder einschränken.

Sie haben zudem das Recht, Auskunft über die Sie betreffenden Daten zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

### **Welche Ihrer Daten nehmen wir auf?**

Beim ersten Kontakt im Quartal wird Ihre elektronische Gesundheitskarte (eGK) in unser elektronisches Praxisverwaltungssystem (PVS) eingelesen. Bei privat versicherten Patienten werden die Daten beim ersten Besuch manuell erfasst.

Dabei werden folgende personenbezogene Daten erhoben:

- Name
- Geburtsdatum und Geschlecht
- Anschrift und Telefonnummer bzw. Handynummer
- Krankenkasse/Kostenträger, Versicherungsnummer und Versichertenstatus

Im Rahmen der Behandlung erheben wir bei Ihnen Befunde und Diagnosen, planen Therapien, erstellen ggf. Heil- und Kostenpläne oder Arztbriefe und füllen rechtlich vorgegebene Musterformulare für Rezepte, Heilmittel, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen etc. aus. Dies alles muss überprüfbar patientenbezogen in unser PVS gespeichert werden.

### **Warum erheben wir Ihre Daten und was geschieht damit?**

Wir benötigen Ihre Gesundheitsdaten, um Sie für die Kassenzahnärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz, für Ihre Krankenkasse/Ihren Kostenträger oder für weiterbehandelnde Zahnärzte oder Ärzte nachprüfbar behandeln zu können. Auch alle Verordnungen/Rezepte sind patientengebunden und benötigen Name, Anschrift, Kostenträger und Versicherungsnummer. Haben wir diese Daten nicht, können wir Ihnen zum Beispiel kein Rezept für ein Schmerzmedikament ausstellen oder einen Heil- und Kostenplan erstellen. Die Datenerhebung ist daher für eine sorgfältige Behandlung zwingend erforderlich.