

ANAMNESEBOGEN

Patient / Patientin:

Name / Vorname: _____

geb. am: _____ in: _____

Straße: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ mobil: _____

Email: _____ @ _____

Krankenkasse: _____

Mitglied / Zahlungspflichtiger / Familienversichert:

Name / Vorname des Mitglieds: _____ geb. am: _____

Rechnungsanschrift: _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung für stationäre Behandlung ja nein

oder für Implantate ja nein

Bitte Zutreffendes ankreuzen und/oder unterstreichen:

1. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja welche? _____ ja nein

2. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens oder des Kreislaufs (z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Herzschrittmacher, Bluthochdruck)? _____ ja nein

3. Haben Sie eine Erkrankung des Blutes (z.B. Gerinnungsstörung)? _____ ja nein

4. Haben oder hatten Sie eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis A B C | TBC | HIV-Pos.(AIDS)? _____ ja nein

5. Ist/war bei Ihnen eine Besiedelung mit einem multiresistenten Keim (MRSA/VRE etc.) bekannt? _____ ja nein

6. Haben Sie eine Erkrankung der Niere? _____ ja nein

7. Sind Sie Raucher? ja nein

8. Haben Sie eine Erkrankung der Atemwege? _____ ja nein

9. Haben Sie eine Erkrankung der Schilddrüse? _____ ja nein

ANAMNESEBOGEN

10. Haben Sie eine Erkrankung der Augen? _____ ja nein
11. Haben Sie eine Erkrankung des Magens oder des Darms? _____ ja nein
12. Haben Sie eine Erkrankung des Nervensystems (z.B. Epilepsie)? _____ ja nein
13. Haben Sie Allergien, wenn ja welche? _____ ja nein
14. Leiden Sie an Diabetes (Zuckerkrankheit)? _____ ja nein
15. Haben oder hatten Sie eine **Krebserkrankung**, wenn ja welche?
_____ ja nein
16. Sonstige Erkrankungen: _____
17. **Für weibliche Patienten:** Besteht bei Ihnen zurzeit eine Schwangerschaft? ungewiss
ja nein
18. Von welchem Zahnarzt und/oder Kieferorthopäden werden Sie behandelt?

Noch einige wichtige Informationen zum Schluss:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes (DSGVO) und werden daher streng vertraulich behandelt. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ (Auslage Praxisempfang).
- Ich bin mit der digitalen Verarbeitung meiner Daten einverstanden und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten zu.
- Mit Übermittlung Ihrer Emailadresse sind Sie einverstanden, schriftlich über Terminangelegenheiten informiert zu werden.
- Bei Bedarf willige ich in den verschlüsselten Emailversand meiner Röntgenaufnahmen nach Aufforderung eines mitbehandelnden Arztes ein.
- Schriftliche Kostenvoranschläge (z.B. für Implantate) sind eine Privatleistung (gemäß § 4 Abs. 5 BMV-Z bzw. § 7 Abs. 7 EKV-Z) und sind nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten. Dieser wird somit nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GÖZ) mit 44,75 EUR berechnet.
- Sofern Privatleistungen erbracht werden, sind Sie mit der Übermittlung an BFS (BFS health finance GmbH, Hülshof 24, 44369 Dortmund) einverstanden.
- Bitte informieren Sie uns umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen.
- Nach einer Operation dürfen Sie für 4 Stunden nicht am Straßenverkehr teilnehmen.
- Wir bitten Sie, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Köln, den _____ Unterschrift _____