

**Überweisungspatienten: Bitte vor der Behandlung ausfüllen und bei der Anmeldung abgeben.**

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

auch im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein.

Wir möchten Sie um einige Angaben bitten.

Sollten Sie regelmäßig Medikamente einnehmen sind wir für die Überlassung einer Medikamentenliste dankbar.

Leiden Sie derzeit oder litten Sie jemals an einer der folgenden Erkrankungen? Bitte kreuzen Sie Nein oder die entsprechenden Felder an.

.....  
Patientenname, Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Patienten-Nr. (wird von der Praxis ausgefüllt)

**Herz/Kreislauf:** Nein

- Angeborener Herzfehler
- Herzinfarkt
- Herzmuskelentzündung/Myokarditis
- Herzklappenentzündung/Endokarditis
- Herzklappendefekt/Fehlfunktion
- Herzklappenersatz
- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Herzrhythmusstörungen

**Besitzen Sie einen Herz- oder Gerinnungspass?**

- Ja  Nein

**Gefäße:** Nein

- Schlaganfall
- Thrombosen

**Blut:** Nein

- Gerinnungsstörungen
- Nachbluten nach Operationen

**Lunge/Atemwege:** Nein

- Asthma
- Tuberkulose
- Chronische Bronchitis

**Nieren:** Nein

- Niereninsuffizienz
- Nierenentzündung
- Dialysepflicht

**Skelettsystem:** Nein

- Osteoporose
- Rheumatische Erkrankungen
- Behandlung mit Bisphosphonat

**Augen:** Nein

- Grüner Star/Glaukom

**Stoffwechsel:** Nein

- Diabetes mellitus Typ I
- Diabetes mellitus Typ II

**Allergie:** Nein

- Nahrungsmittel
- auf Medikamente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Jod
- Latex
- Konservierungsstoffe
- Lokalanästhetika
- Heuschnupfen

**Nerven/Gemüt:** Nein

- Krampfanfälle/Epilepsie
- Depressionen

**Immunsystem:** Nein

- Immunsuppression (nach Organtransplantation)
- Einnahme von Cortison
- Leukämie
- HIV Infektion/AIDS
- Hepatitis A (Gelbsucht)
- Hepatitis B
- Hepatitis C

**Rauchen Sie?**

- Ja, wie viel \_\_\_\_\_ tgl.
- Nein

**Alkoholkonsum:**

- Gelegentlich
- Regelmäßig
- Nie

**Schwangerschaft:**

- Ja
- Unsicher

**Medikamente / Spritzen / Infusionen:**

- Keine
- regelmäßig:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Einnahme von Blutverdünnern, welche:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Andere Erkrankungen oder Behinderungen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

X

\_\_\_\_\_ Datum/ Unterschrift Patient/Patientin



**Überweisungspatienten: Bitte vor der Behandlung ausfüllen und bei der Anmeldung abgeben.**

Patient: \_\_\_\_\_  
Name Vorname geb. in

Anschrift: \_\_\_\_\_  
Straße Telefon privat  
\_\_\_\_\_ Ort  
Postleitzahl  
\_\_\_\_\_ Handy  
Email – Adresse

selbst versichert   
familienversichert  über: \_\_\_\_\_  
Name Vorname geb.

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Telefon beruflich

Mein **Hausarzt** ist: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Mein behandelnder **Haus-zahnarzt** ist: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

**Einwilligung in die Datenweitergabe/ in das Anfordern von Daten:**

Hiermit willige ich, der oben genannte Patient, ein, dass bei Bedarf Daten über meine (zahn-)/ärztliche Behandlung in der Zahnärztlichen Gemeinschaftspraxis Woldemei an:

- den oben genannten Hausarzt,
- den oben genannten Hauszahnarzt und
- Labore (inklusive deren Abrechnungsstellen), falls eine Gewebeuntersuchung erforderlich ist,

**weitergeben werden dürfen.** Gleichzeitig entbinde ich die Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis Woldemei von der Schweigepflicht.

Weiter willige ich ein, dass Daten über meine (zahn-)/ärztliche Behandlung bei dem oben genannten Hausarzt und dem oben genannten Hauszahnarzt **angefordert werden dürfen.** Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte, in dem Umfang, der zur Herausgabe der Daten erforderlich ist, von der Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann.

Lippstadt, den \_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_

(Unterschrift Patient/Patientin)

**Diesem Anamnesebogen lag die Patienteninformation zur Erhebung personenbezogener Daten im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung bei und wurde zur Kenntnis genommen.**