

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
- ☐ Herzschrittmacher
- ☐ Defibrillator-
Herzschrittmacher

**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
- ☐ Nein

**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
Postleitzahl Ort
Email – Adresse Handy

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.