



Patientenanmeldung, Anamnese und Datenschutzinfo

Bitte beantworten Sie die folgende Fragen sorgfältig. Wir wollen erreichen, dass Krankheiten frühzeitig erkannt werden und dass unsere Behandlungsmaßnahmen und Medikamente Ihrem Gesundheitszustand angepasst werden können. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Name des Patienten: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Tel.privat: _____ Mobil: _____ E-Mail-Adresse: _____

Krankenkasse: _____ Beruf/Arbeitgeber(freiwilligeAngabe): _____

Sind Sie zusatzversichert? Ja Nein

Haussarzt: _____

Zur Zeit in ärztliche Behandlung:	Ja	Nein	Medikamente:	Ja	Nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung	___	___	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche: _____	___	___
_____	___	___	_____	___	___
_____	___	___	_____	___	___

Herz-/Kreislaufferkrankungen:	Ja	Nein	Weitere Angaben:	Ja	Nein
Hoher Blutdruck	___	___	Anfallsleiden (Epilepsie)	___	___
Niedriger Blutdruck	___	___	Asthma/Lungenerkrankungen	___	___
Herzklappenfehler	___	___	Blutgerinnungsstörungen	___	___
Herzklappenersatz	___	___	Diabetes/Zuckerkrankheit (Typ I ___ TypII ___)	___	___
Herzschriltmacher	___	___	Drogen/Alkoholabhängigkeit	___	___
Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	___	___	Nervenerkrankung	___	___
Herzoperation	___	___	Nierenerkrankung	___	___
Antibioseprophylaxe notwendig	___	___	Ohnmachtsanfälle	___	___
Besitzen Sie einen Herzpass	___	___	Osteoporoseerkrankung	___	___
Organtransplantiert	___	___	Raucher (wenn ja, wieviel ?) _____	___	___
Stammzellentransplantiert	___	___	Rheuma/Arthritis	___	___
Infektiöse Erkrankungen:	___	___	Schilddrüsenerkrankung	___	___
MRSA	___	___	Gelenkprothesenimplantate	___	___
	___	___	Sonstige Erkrankungen:	___	___
	___	___	_____	___	___
	___	___	_____	___	___

HIV-Infektion/Stadium AIDS	___	___	Allergien bzw. Unverträglichkeiten:	___	___
Lebererkrankungen/Gelbsucht (Hepatitis A/B/ C/)	___	___	Besitzen Sie einen Allergiepass:	___	___
Tuberkulose	___	___	Latex	___	___
Andere Infektionskrankheiten:	___	___	Lokalanästhesie/Spritzen	___	___
_____	___	___	Antibiotika	___	___
Besteht eine Schwangerschaft	___	___	Schmerzmittel, wenn ja welches? _____	___	___
Wenn ja, in welchem Monat?	___	___	_____	___	___
_____	___	___	Metalle	___	___

Sind Sie gegen Corona geimpft?	Ja	Nein	Sonstige Allergien	Ja	Nein
	___	___	_____	___	___



Dr. Constanze Freytag –Zahnärztin

Blumenstraße 6, 42551 Velbert

Tel.: 02051-95620 Fax: 02051-956222

praxis@zahnarzt-velbert.de

www.zahnarzt-velbert.de

Sind Sie genesen? _____

Nehmen Sie Biphosphonate _____ wenn ja, seit wann? _____

Stehen Sie in medikamentöser _____ wenn ja, seit wann? _____

Chemotherapie

Stehen Sie in Strahlentherapie bei _____ wenn ja, seit wann? _____

Krebserkrankung?

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / _____ wenn ja, seit wann? _____

Immunsuppressiva?

Sind bei Ihnen bereits vor kurzem zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Wenn ja, wann und wo? _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Was ist der Hauptgrund für Ihren Besuch? _____

Worauf legen Sie bei der Behandlung besonderen Wert? _____

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Desweiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, daß nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ich willige ein, dass meine Daten im Falle einer medizinischen Notwendigkeit an den weiter- oder mitbehandelnden Arzt weitergegeben werden.



Die Patienten-Information zu Art.13 DS-GVO habe ich zur Kenntnis genommen

Datum: _____

Unterschrift: _____

Wir hoffen dass Sie sich bei uns wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Ihr Praxis-Team Dr. Constanze Freytag, Blumenstraße 6, 42551 Velbert