



PERLA



ZAHNARZTPRAXIS

ANMELDEBOGEN & ANAMNESE

Patientendaten

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____

Telefon: _____
Mobil: _____
E-Mail: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____
Krankenkasse: _____
Versicherung: ☐ gesetzlich ☐ privat
Hausarzt: _____

Versicherter / Rechnungsempfänger

Falls Sie nicht selbst versichert sind:

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Rechnungsempfänger (falls abweichend)

Name: _____
Adresse: _____

Beihilfeberechtigt? ☐ ja ☐ nein

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Letzter Zahnarztbesuch / bisherige Zahnarztpraxis:

Sind aktuelle Röntgenbilder vorhanden?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, wann und wo wurden diese erstellt? _____

MEDIZINISCHE ANAMNESE - BITTE VOLLSTÄNDIG ANGEBEN

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche: _____

Haben Sie eine Herz-/Kreislauferkrankung?

☐ ja

☐ nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher, Defibrillator, Herzklappenersatz oder benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe?

☐ ja

☐ nein

Haben Sie hohen oder niedrigen Blutdruck?

☐ ja

☐ nein

Haben Sie Diabetes mellitus?

☐ ja

☐ nein

Liegt eine Schilddrüsenerkrankung vor?

☐ ja

☐ nein

Haben Sie Asthma oder eine andere relevante Lungenerkrankung?

☐ ja

☐ nein

Besteht eine Blutungs-/Gerinnungsstörung?

☐ ja

☐ nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein (z.B. ASS, Marcumar/Phenprocoumon, Apixaban, Rivaroxaban)?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche: _____

Haben Sie eine Magen-/Darm-, Leber- oder Nierenerkrankung?

☐ ja

☐ nein

Haben Sie Hepatitis B/C oder eine andere relevante Infektionserkrankung?

☐ ja

☐ nein

Besteht eine Immunschwäche oder immunsuppressive Therapie?

☐ ja

☐ nein

Leiden oder litten Sie an einer Krebserkrankung / Chemo- oder Strahlentherapie?

☐ ja

☐ nein

Haben Sie Osteoporose oder nehmen/nahmen Sie Bisphosphonate, Denosumab oder andere antiresorptive Medikamente?

☐ ja

☐ nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche: _____



PERLA



ZAHNARZTPRAXIS

WEITERE ANGABEN

- Leiden Sie unter Rheuma oder einer Autoimmunerkrankung? ☐ ja ☐ nein
- Leiden Sie unter Migräne oder neurologischen Erkrankungen? ☐ ja ☐ nein
- Sind Sie Raucher/in oder nutzen Sie Nikotinprodukte? ☐ ja ☐ nein
- Sind Sie schwanger oder könnte eine Schwangerschaft bestehen? ☐ ja ☐ nein
- Haben Sie weitere Erkrankungen, Operationen oder gesundheitliche Besonderheiten, die für die Behandlung wichtig sein könnten? ☐ ja ☐ nein
- Falls Schwangerschaft: Schwangerschaftswoche: _____
- Weitere Angaben / Medikamente: _____

TERMINERINNERUNG / RECALL

Ich möchte freiwillig an vereinbarte Termine bzw. Vorsorgetermine erinnert werden:

- ☐ per SMS / Mobilfunknachricht
- ☐ telefonisch
- ☐ postalisch (Recall)

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

E-MAIL-INFORMATIONEN / NEWSLETTER

- ☐ Ich möchte per E-Mail Informationen der PERLA Zahnarztpraxis zu Zahngesundheit und Praxisneuigkeiten erhalten.
- E-Mail-Adresse: _____
- Die Einwilligung ist freiwillig und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar. Für Newsletter kann zusätzlich eine Bestätigung der E-Mail-Adresse (Double-Opt-In) erforderlich sein.

WEITERGABE AN EINE VERTRAUENSPERSON

Eine Weitergabe medizinischer Informationen an Angehörige oder andere Vertrauenspersonen erfolgt nur, soweit eine entsprechende Berechtigung/Einwilligung vorliegt.

- ☐ Ich erlaube der Praxis, folgende Person zu Auskünften über meine Behandlung zu kontaktieren bzw. ihr Auskünfte zu erteilen:

Name: _____ Verhältnis: _____

Umfang / Einschränkungen: _____

DATENSCHUTZ & BESTÄTIGUNG

Datenschutzhinweis: Die für Ihre zahnärztliche Behandlung erforderlichen personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten werden im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben verarbeitet. Eine gesonderte Einwilligung in die für die Behandlung erforderliche Datenverarbeitung ist nicht Voraussetzung dieses Anamnesebogens. Die Patienteninformation zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO wird Ihnen gesondert zur Verfügung gestellt.

Ich bestätige, die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Änderungen meines Gesundheitszustands oder meiner Medikation teile ich der Praxis mit.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche Vertretung