

# ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN



SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT,  
HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS.

Wir, das Team von KRÄMER ZAHNMEDIZIN, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Um Ihnen eine Betreuung auf hohem Niveau zu gewährleisten und gezielt auf Ihre individuellen gesundheitlichen und persönlichen Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

## PERSÖNLICHE ANGABEN

Name / Vorname	Titel
Straße / Hausnummer	Geburtsdatum / Geburtsort
Postleitzahl / Ort	Telefon (privat)
E-Mail *Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.	Telefon (mobil) *Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.
Hausarzt *Freiwillige Angabe – wenn die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bezüglich einer Einwilligung auf Sie zu.	

## KRANKENKASSE / VERSICHERUNG

Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Freiwillig	<input type="checkbox"/> Pflicht	Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Privat versichert	<input type="checkbox"/> Basistarif	<input type="checkbox"/> Standardtarif	Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist versichert?

Name / Vorname	Geburtsdatum	
Straße / Hausnummer	Postleitzahl / Ort	Telefon (privat)

## ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

<input type="checkbox"/> Allergien	Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Haben Sie einen Allergiepass?	
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Herzfehler / künstliche Herzklappe
<input type="checkbox"/> Endokarditisprophylaxe	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck
<input type="checkbox"/> Ohrensausen / Tinnitus	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Grüner Star	<input type="checkbox"/> Leber
<input type="checkbox"/> Nieren	<input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/> Gelenke (Rheuma)
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> Immunsuppression	<input type="checkbox"/> Schlaganfall
<input type="checkbox"/> Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen			
<input type="checkbox"/> Andere nicht aufgeführte Erkrankungen	_____		

Leiden Sie unter folgenden Infektionskrankheiten?

<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob (CJK) / Varianten CJK
<input type="checkbox"/> HIV / AIDS	<input type="checkbox"/> Krankenhauskeime (z.B. MRSA, etc.)				

BITTE WENDEN

## NEHMEN SIE MEDIKAMENTE EIN?

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- Blutdruckmedikamente     Herzmedikamente     Bisphosphonate     Cortison (Kortikoide)     Schmerzmittel
- Antidepressiva     Blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar®, Xarelto®, Eliquis®, Pradaxa® oder ASS®)
- Sonstige Medikamente? \_\_\_\_\_
- Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten?

Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_

## ANGABEN ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- Leiden Sie unter Zahnschmerzen?     Blutet Ihr Zahnfleisch?
- Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?     Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?
- Leiden Sie unter Mundgeruch?     Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?
- Wurde bei Ihnen bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Was führt Sie zu uns?\* \_\_\_\_\_

Gab es bei Ihrem vorbehandelnden Zahnarzt Kritik oder Komplikationen?\* \_\_\_\_\_

Was wünschen Sie sich langfristig für Ihre Zahngesundheit?\* \_\_\_\_\_

\*Freiwillige Angabe – diese Angaben sind für die Behandlung sinnvoll, jedoch nicht zwingend erforderlich.

## SONSTIGE ANGABEN

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

- Besteht eine Schwangerschaft?    Wenn ja, welche Woche / Monat? \_\_\_\_\_
- Rauchen Sie?    Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung im Bereich der Zähne? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?\* \_\_\_\_\_

\*Freiwillige Angabe – hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann.

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Mitbehandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten eingeholt werden dürfen. Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an das kooperierende Labor übermittelt werden.

### Hinweis zur Organisation:

Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir uns vorbehalten, nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat zu berechnen.

Ort / Datum

Unterschrift

### Hinweise zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten / \*Hinweis zu freiwilligen Angaben

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort / Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!

Ihr Team von KRÄMER ZAHNMEDIZIN

SANDRA ANITA KRÄMER  
ZAHNÄRZTIN

EIFELSTRAÛE 30 / 52379 LANGERWEHE / T 02423 1013  
F 02423 1014 / INFO@KRAEMER-ZAHNMEDIZIN.DE / KRAEMER-ZAHNMEDIZIN.DE