



## Zahnmedizinisches Versorgungszentrum Dres. Hehn & Kollegen

### Anmeldebogen mit Anamnese

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Tel. privat \_\_\_\_\_  
Tel. mobil \_\_\_\_\_  
Tel. beruflich \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_  
Hausarzt \_\_\_\_\_

Sind Sie gesetzlich versichert?  Ja  Nein  
Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Haben Sie eine Zusatzversicherung?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche \_\_\_\_\_  
Sind Sie privat versichert?  Ja  Nein  
Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Basistarif  Ja  Nein  
Sind Sie familienversichert?  Ja  Nein  
Wenn ja, über welche Person? \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum der Person? \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des aktuellen Datenschutzgesetzes (EU-DSGVO).

### Herz-/Kreislaufkrankungen

Hoher Blutdruck  Ja  Nein  
Niedriger Blutdruck  Ja  Nein  
Herzklappenfehler / Entzündung  Ja  Nein  
Herzklappenersatz  Ja  Nein  
Herzschrittmacher  Ja  Nein  
Endokarditis (Herzklappenentzündung)  Ja  Nein  
Herzoperation  Ja  Nein  
Sonstige Herzerkrankungen  Ja  Nein  
Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

### Weitere Beschwerden

Anfallsleiden / Epilepsie  Ja  Nein  
Asthma / Lungenerkrankung  Ja  Nein  
Blutgerinnungsstörungen  Ja  Nein  
Einnahme blutverdünnender Medikamente (ASS / Marcumar?)  Ja  Nein  
Diabetes  Ja  Nein  
Magen- / Darm- / Nierenerkrankung  Ja  Nein  
Migräne  Ja  Nein  
Engwinkelglaukom (Grüner Star)  Ja  Nein  
Rheuma / Arthritis  Ja  Nein  
Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein  
Raucher  Ja  Nein  
künstliche Gelenke / Gefäße  Ja  Nein  
Allergien / Unverträglichkeiten  Ja  Nein  
Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

### Infektiöse Erkrankungen

HIV- Infektion / Stadium AIDS  Ja  Nein  
Lebererkrankung / Hepatitis  Ja  Nein  
Tuberkulose  Ja  Nein  
Andere Infektionskrankheiten  Ja  Nein  
Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

### Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

### Schwangerschaft

Besteht eine Schwangerschaft  Ja  Nein

Wenn ja, in welchem Monat

Werden oder wurden Sie jemals mit einem Bisphosphonat-Medikament behandelt?  Ja  Nein  
Z.B. bei Postata- Pankreas-, Lungen-, Mamma-Karzinom, Plasmozytom, Myelom, Osteoporose, Schmerztherapie

Wurden Sie jemals im Kopf- Hals-Bereich bestrahlt (Radiatio)?  Ja  Nein

### Für Pflegebedürftige / behinderte Patienten

Haben Sie einen Pflegegrad?  Ja  Nein  
 Dauerhaft  Befristet bis:  
Erhalten Sie eine Eingliederungshilfe?  Ja  Nein  
 Dauerhaft  Befristet bis:

### Allgemeine Information

Ich bin mir darüber im Klaren, dass eine Lokalanästhesie (Betäubung) die Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigen kann.

Ich verpflichte mich, über alle gesundheitlichen Veränderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

### Für gesetzlich Versicherte

Mir ist bekannt, dass ich als Patient der gesetzlichen Krankenversicherung das Recht habe, unter Vorlage einer gültigen elektronischen Gesundheitskarte nach den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt zu werden. Diese schließt nur eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung ein.

Bei Behandlungen, die über den gesetzlichen Leistungskatalog hinausgehen (wie z.B. kosmetische, ästhetische, implantologische und/oder mikrochirurgische Behandlungen), werden Sie vorab über entstehende Kosten informiert. Die Abrechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Zahnärzte.

### Dentale Fotografie

Ich stimme zu, dass Fotos, welche im Verlauf der Behandlung angefertigt werden, unter Unkenntlichmachung meiner Person bzw. charakteristischer Merkmale im Rahmen der zahnärztlichen Lehre (Fortbildungen, Vorlesungen, Fachpublikationen und zur Patientenaufklärung) als auch in sozialen Medien verwendet werden dürfen. Ich erwarte keine finanzielle oder anderweitige Entschädigung für die Verwendung dieser Fotos.

### Bonitätsprüfung

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahnarzt/Zahnärztin in finanzielle Vorleistung gegenüber Dritten treten muss, ggfs. eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder Auskunft eingeholt wird.

### Datenschutz (EU-DSGVO)

Hiermit bestätige ich, dass ich das Informationsblatt zur neuen EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO), welches im Wartebereich aushängt, gelesen habe und damit einverstanden bin.

### Terminvereinbarung bzw. Termineinhaltung

Möchten Sie in unser Recallsystem (Erinnerung zur Vorsorge) integriert werden?  Ja  Nein

Ich erkläre mich einverstanden, dass für Terminerinnerungen etc. unter den o.g. Telefonnummern, angerufen werden kann und Angehörige informiert werden dürfen sowie eine Erinnerung per SMS erfolgen kann.

Desweiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mind. 2 Tage vor dem vereinbarten Termin abzusagen.

Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Lauda-Königshofen, den

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift