



## ANMELDE- & ANAMNESEBOGEN

Liebe Patienten,  
herzlich Willkommen in der Zahnarztpraxis Dr. Harris!

Für eine umfassende und individuelle Beratung möchten wir Sie bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen Ihre persönlichen Angaben auszufüllen und die Fragen so genau wie möglich zu beantworten. Die Angaben sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit, wie auch eine zahnmedizinische Behandlung erforderlich. Diese unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes.

### PERSÖNLICHE ANGABEN

#### KONTAKTDATEN DES PATIENTEN

_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Name   Vorname	
_____	_____
Straße   Hausnummer	Geburtsort   Geburtsdatum
_____	_____
Postleitzahl   Ort	E-Mail
_____	_____
Telefon (privat)	Telefon (mobil)

#### KONTAKTDATEN DES VERSICHERTEN

Ist der Patient nicht der **Hauptversicherte**, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:

_____	
Name   Vorname	
_____	_____
Straße   Hausnummer	Geburtsdatum
_____	_____
Postleitzahl   Ort	Telefon

#### VERSICHERUNGSART | RECHNUNGSEMPFÄNGER

- Gesetzlich versichert      Zahnzusatzversicherung     Ja     Nein  
 Freiwillig versichert

\_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse

- Privat versichert  
 Beihilfeberechtigt

\_\_\_\_\_

Name der Beihilfe | Versicherung

## ALLGEMEINE GESUNDHEITSFragen

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Was ist die Ursache Ihres Zahnarztbesuches? \_\_\_\_\_

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Tragen Sie einen Herzschrittmacher?
- Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?
- Haben Sie häufig Kopf-oder Nackenschmerzen?

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- Heuschnupfen
- Asthma, Atemnot
- Herz-Kreislaufkrankungen
- Gelbsucht, Hepatitis, Lebererkrankungen
- Zuckerkrankheit (Diabetiker-Pass?)
- Schilddrüsenerkrankung
- Rheuma
- Tuberkulose
- Hoher oder niedriger Blutdruck
- Blutgerinnungsstörungen, Marcumar?

Bestehen Allergien, Unverträglichkeiten gegen Materialien oder Medikamente?  Ja  Nein

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

Sind Sie HIV-positiv?  Ja  Nein

Bestehen sonstige Erkrankungen?  Ja  Nein

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

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

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

Nehmen Sie Bisphosphonate?  Ja  Nein

Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

**Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Std. vorher absagen, da ansonsten entstandene Kosten in Rechnung gestellt werden können.**

## RÖNTGENEINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hiermit entbinde ich Frau Dr. Harris von ihrer Schweigepflicht bzgl. der erstellten Röntgenbilder und bin damit einverstanden, dass diese Röntgenaufnahmen zu diagnostischen bzw. therapeutischen Zwecken an weiterbehandelnde Zahnärzte per E-Mail übermittelt werden.

Ort | Datum

Unterschrift

**Wir danken Ihnen herzlich für die Beantwortung der Fragen!  
Ihr Team der Zahnarztpraxis DR. MICHAELA HARRIS**



## 1. EINWILLIGUNG - Datenschutz nach DSGVO 2018

hiermit bestätige ich, dass ich die Patienteninformationen zum Datenschutz gelesen und verstanden habe. Mit meiner Unterschrift stimme ich der Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für die genannten Zwecke zu (Erfüllung des Behandlungsvertrages). Die Einwilligung ist jederzeit nach Art. 7 Abs. 3 DSGVO schriftlich widerrufbar.

\_\_\_\_\_  
Ort | Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## 2. EINWILLIGUNG - Kontaktaufnahme durch die Praxis – Wie dürfen wir Sie kontaktieren?

Wenn Sie neben der gewohnten *Kontaktaufnahme* per Telefon, beispielsweise zwecks Terminerinnerung oder des Empfangs von Informationsschreiben, auch per SMS, E-Mail oder auf dem Postweg kontaktiert werden wollen, so teilen Sie uns dies bitte unten mit.

Optional bietet unsere Praxis Ihnen einen kostenfreien Erinnerungsservice für Vorsorgeuntersuchungen und Prophylaxe Termine an. Die Teilnahme an diesem sogenannten *Recall-Programm* ist freiwillig und soll Sie dabei unterstützen, durch regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen und -Maßnahmen Ihre Zahngesundheit langfristig zu erhalten.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Ich wünsche zusätzliche Kontaktaufnahme via:

- SMS \_\_\_\_\_ (Mobilfunknummer)
- E-Mail \_\_\_\_\_ (Emailadresse)
- Postweg

- Ich wünsche am Recall-Programm teilzunehmen

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für die von mir oben angegebene Zwecke zu. Die Einwilligung ist jederzeit nach Art. 7 Abs. 3 DSGVO schriftlich widerrufbar.

\_\_\_\_\_  
Ort | Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift