ZAHNCENTRUM
SALZGITTER
SHWIHDI & KOLLEGEN

ANAMNESE

Patient:

Name | Vorname | Geb. Datum

Versicherte Person/Rechnungsempfänger:

Name | Vorname | Geb. Datum

Adresse

Telefon / Mobil | E-Mail

Versicherung | Zusatzversicherung

Hausarzt:

Name | Anschrift | Telefon

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Um unseren Patientenservice zu verbessern, freuen wir uns, wenn Sie uns mitteilen, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind.

Empfehlung durch | Überwiesen von

Über das Internet:

- ☐ Website
- ☐ Google
- ☐ Facebook/Instagram
- ☐ Youtube/Vimeo
- ☐ Ärztebewertungsportale (z.B. Jameda, Arzt-Auskunft, imedo)
- ☐ Sonstige Internetpräsenz

Datenschutz (gemäß Art. 9 Abs. 2 DSGVO)

Ich willige ein, dass mein behandelnder Arzt/Ärzte innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann. Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen.

Recall

- ☐ Ich möchte regelmäßig an folgende Termine erinnert werden:
- ☐ Ich möchte keine Erinnerung

Der Recall erfolgt per Telefon.

- ☐ Kontrolluntersuchung
  - ☐ alle 6 Monate
  - ☐ alle 12 Monate
- ☐ Professionelle Zahnreinigung
  - ☐ alle 3 Monate
  - ☐ alle 4 Monate
  - ☐ alle 6 Monate

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben und die Kenntnisnahme der Hinweise.

Ort, Datum | Unterschrift Patient

ZAHNCENTRUM
SALZGITTER
SHWIHDI & KOLLEGEN

Allgemein

Geschlecht: ☐ W ☐ M ☐ D

Für Frauen

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ Ja ☐ Nein
Stillen Sie? ☐ Ja ☐ Nein
Nehmen Sie Hormonpräparate? ☐ Ja ☐ Nein

Behandlung

Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?
☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, warum? _____

Kam es bei früheren Behandlungen/Operationen zu Komplikationen?
(wie verstärkte Blutungen, Narbenbildung, Abszessbildung, ...)
☐ Ja ☐ Nein

Infektionskrankheiten

Hepatitis ☐ Ja ☐ Nein
HIV (AIDS) ☐ Ja ☐ Nein
Andere Infektionskrankheit ☐ Ja ☐ Neinn

Wenn ja, welche? _____

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hoher Blutdruck ☐ Ja ☐ Nein
Niedriger Blutdruck ☐ Ja ☐ Nein
Herzinfarkt ☐ Ja ☐ Nein
Herzschrittmacher ☐ Ja ☐ Nein
Durchblutungsstörungen ☐ Ja ☐ Nein
Thrombose/Embolie (z.B. Schlaganfall) ☐ Ja ☐ Nein
Andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein

Tabakkonsum

Rauchen Sie oder haben Sie in der Vergangenheit geraucht?
☐ Ja ☐ Nein

Gerinnungsstörungen

Blaue-Flecken/Nasenbluten ☐ Ja ☐ Nein
Blutarmut (Anämie) ☐ Ja ☐ Nein

INR-Wert: _____

Allergien/Unverträglichkeiten

Schmerzmittel ☐ Ja ☐ Nein
Antibiotika ☐ Ja ☐ Nein
Lokalanästhesie ☐ Ja ☐ Nein
Jod ☐ Ja ☐ Nein
Latex-Allergie ☐ Ja ☐ Nein

Andere hier nicht aufgeführte Allergien oder Unverträglichkeiten:

_____

_____

Stoffwechselerkrankungen

☐ Diabetes mellitus Typ1
☐ Diabetes mellitus Typ2 hba1c-Wert: _____

Weitere Erkrankungen

Schilddrüsenerkrankung ☐ Ja ☐ Nein
Lungenerkrankung ☐ Ja ☐ Nein
Asthma ☐ Ja ☐ Nein
Krebserkrankungen ☐ Ja ☐ Nein
Epilepsie ☐ Ja ☐ Nein
Magen-Darm-Erkrankungen ☐ Ja ☐ Nein
Nierenerkrankungen ☐ Ja ☐ Nein
Augenerkrankungen ☐ Ja ☐ Nein
Osteoporose ☐ Ja ☐ Nein

Weitere hier nicht aufgeführte Erkrankungen:

_____

_____

Medikamente

Nehmen Sie Bisphosphonate (Krebstherapie/Osteoporose)?
☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie regelmäßig oder zurzeit Medikamente ein?
☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche Medikamente?

_____

_____

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift Patient

ZahnCentrum Salzgitter · Shwihdi & Kollegen · Albert-Schweitzer-Str.6 · 38226 Salzgitter
TEL 05341 44647 FAX 03222 8005836 MAIL info@zahncentrum-salzgitter.de WEB www.zahncentrum-salzgitter.de
BANK Apo-Bank Düsseldorf IBAN DE71 3006 0601 0027 3844 05