



**ORALCHIRURGIE PLEIßENTAL**  
Dr. Reiß und Kollegen

Werte Patienten, auch ihr allgemeines Befinden hat Einfluss auf Ihre Zahngesundheit und ist wichtig für unsere Behandlung. Aus diesem Grund bitten wir Sie, die folgenden Fragen gewissenhaft zu beantworten. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank im Voraus und eine angenehme Zeit bei uns wünscht Ihnen das Team der Oralchirurgie Pleißenatal.

**Anmelde – und Anamnesebogen**

**Persönliche Daten**

Name	Vorname
Telefon	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort
E-Mail	Beruf/ Arbeitgeber

**Versicherungsdaten**

Krankenkasse
Name des überweisenden Arztes, Adresse, Telefon
Name des Hausarztes, Adresse, Telefon

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort
Telefon	Geburtsdatum

**Schweigepflichtsentbindung**

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass mein behandelnder Arzt bzw. Zahnarzt / meine behandelnde Ärztin bzw. Zahnärztin von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden wird. Ich erkläre mich einverstanden, dass meine zahn- und ärztlichen Behandlungsunterlagen angefordert und weitergeleitet werden dürfen. Dies betrifft u.a. folgende Unterlagen: Arztbefunde und -berichte, Röntgenaufnahmen, sowie bei Bedarf histologische Untersuchungen/ Pathologie und sonstige Befunde.

Datum, Unterschrift Patient (& Vertreter bzw. Erziehungsberechtigter)

**Datenschutzerklärung**

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie unsere Datenschutzerklärung gelesen und verstanden haben. Ich erkläre mich auch nach in Kraft treten der neuen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) damit einverstanden, dass ich namentlich aus dem Wartezimmer aufgerufen werden darf.

Datum, Unterschrift Patient (& Vertreter bzw. Erziehungsberechtigter)

**Weitergabe von Daten an Dritte**

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass mein behandelnder Zahnarzt die erhobenen Patientendaten elektronisch verarbeiten darf. Sofern es für meine Behandlung erforderlich ist, dürfen personenbezogene Daten mit ärztlichen bzw. zahnärztlichen Kollegen sowie den Mitarbeitern der Praxisgemeinschaft ausgetauscht werden.

Datum, Unterschrift Patient (& Vertreter bzw. Erziehungsberechtigter)

Wir möchten Sie höflichst darauf hinweisen, dass wir aufgrund der Neuerungen u.a. in der DSGVO ohne die vorstehende Einverständniserklärungen keinen Behandlungsvertrag abschließen können. Des Weiteren weisen wir Sie darauf hin, dass Sie diese Zustimmung jederzeit schriftlich in der Praxis widerrufen können (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Ihr jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung bleibt davon unberührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

**Bitte wenden!**

**Allgemeiner Gesundheitszustand**

Leiden oder litten Sie an ...

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen

<input type="checkbox"/>	Herzerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Herzrhythmusstörung)
<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie)
<input type="checkbox"/>	Hypertonie (hoher Blutdruck)
<input type="checkbox"/>	Hypotonie (niedriger Blutdruck)
<input type="checkbox"/>	Zuckererkrankung (Diabetes)
<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung
<input type="checkbox"/>	Epilepsie
<input type="checkbox"/>	Parkinson-Erkrankungen
<input type="checkbox"/>	Blutarmut, Blutkrankheiten
<input type="checkbox"/>	Infektionserkrankungen (HIV, Tuberkulose, MRSA o.a.)
<input type="checkbox"/>	Lebererkrankungen
<input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Erkrankungen
<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/>	Atemwegs-/Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)
<input type="checkbox"/>	Haben Sie eine Pflegestufe?      Wenn ja, welche: _____
<input type="checkbox"/>	Rheumatoide Grunderkrankungen (chron. Gelenkentzündung)
<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? (Wenn Ja, Welche?) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Osteoporose <i>Welche Medikamente nehmen Sie gegen Osteoporose ein ?</i> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankungen (wenn Ja, wann, welche?) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Allergien oder Überempfindlichkeiten (wenn Ja, welche oder Vorlage Allergiepass): <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Medikamenten- / Spritzenunverträglichkeit (wenn Ja, welche?) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Rauchen Sie? (wenn Ja, wie viele pro Tag?) <input type="text"/>
Für unsere Patientinnen: <input type="checkbox"/>	Sind Sie (eventuell) schwanger? (wenn Ja, welche Schwangerschaftswoche?) <input type="text"/>

**Haben Sie Ergänzungen zu Ihren Erkrankungen?**


**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche oder besitzen Sie eventuell einen Medikamentenplan?**


**Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Antworten! Des weiteren möchten wir Sie darauf aufmerksam machen, das wir minderjährige Patienten nur in Begleitung eines Erziehungsberechtigten behandeln und beraten dürfen.**

<i>Datum, Unterschrift Patient (&amp; Vertreter bzw. Erziehungsberechtigter)</i>
--

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**