

ANAMNESEBOGEN

ZAHNARZTPRAXIS DR. JULIA SPINDLER



Liebe Patientin, lieber Patient,

ganz herzlich begrüßen wir Sie in der Zahnarztpraxis Dr. Julia Spindler.

Wir bitten Sie diesen zweiseitigen Fragebogen gewissenhaft und vollständig auszufüllen, damit wir uns ein umfassendes Bild von Ihrem aktuellen Gesundheitszustand machen können. Auch Allgemeinerkrankungen und bestimmte Medikamente können Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung haben. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Dr. Julia Spindler & Team

PATIENT

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum/ -ort: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon Festnetz: _____ Telefon mobil: _____

Telefon Arbeitsplatz: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Hausarzt Name & Anschrift: _____

VERSICHERUNG

Name der Krankenkasse: _____

gesetzlich versichert privat versichert beihilfeberechtigt zusatzversichert

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum/ -ort: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

GESUNDHEITSFRAGEN

ERKRANKUNGEN

hoher Blutdruck
niedriger Blutdruck
Blutgerinnungsstörung
Schlaganfall
Herzerkrankung
Herzschrittmacher
Herzinfarkt

Diabetes
Schilddrüsenerkrankung
Asthma/Lungenerkrankung
Nierenerkrankung
Lebererkrankung
Magen-Darm-Erkrankung
Rheuma

Tumorerkrankungen
Epilepsie
Osteoporose
Hepatitis
Tuberkulose
HIV

Sonstiges: _____

MEDIKAMENTE

ASS
Marcumar
Heparin

Schmerzmittel
Antidepressiva
Bisphosphonate

Sonstige: _____

Unverträglichkeit gegenüber Medikamenten: _____

Allergien: _____

Raucher: nein ja

Suchterkrankung: nein ja

Für unsere Patientinnen:

Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Woche: _____

RECALLSERVICE

Wir bieten Ihnen den Service Sie an Ihre halbjährlichen Vorsorgetermine zu erinnern.

Ich stimme zu, sowohl telefonisch als auch ggf. schriftlich kontaktiert zu werden und nehme diesen Service gerne in Anspruch. Über eine etwaige Änderung meiner Kontaktdaten werde ich die Praxis rechtzeitig informieren.

SONSTIGES

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

persönliche Empfehlung von _____

Internet Anzeige Zeitung Sonstiges

Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Einer Speicherung meiner persönlichen Daten in der Praxis und deren Verarbeitung zum Zwecke meiner Behandlung** stimme ich zu.*

Meine Angaben erfolgten freiwillig und ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich die o.g. Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis 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)

Cuxhaven, den _____

Unterschrift _____

HINWEISE

*Wir legen größten Wert auf die Sicherheit Ihrer Daten. Alle unsere Mitarbeiter sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Speicherung Ihrer Daten erfolgt auf einem Server hier in der Praxis.

**Zum Zwecke Ihrer Behandlung werden Ihre Daten in der Praxis gemäß der Datenschutzgrundverordnung gespeichert und verarbeitet. Darüber hinaus ist es ggf. erforderlich Ihre Daten an Dritte (z.B. an ein Dentallabor im Rahmen einer Zahnersatzbehandlung) zu übermitteln. Dies erfolgt bei uns ausschließlich verschlüsselt. Alle unsere Partner haben Ihrerseits eine Verschwiegenheitsvereinbarung mit Ihren Mitarbeitern getroffen.

Zuständig für die Überwachung der Einhaltung der DSGVO sind in Deutschland die Landesbeauftragten für Datenschutz, sowie Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit. Für Niedersachsen zuständig ist:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Barbara Thiel, Prinzenstraße 5, 30159 Hannover
Tel.: 0511 1204500 | www.lfd.niedersachsen.de.