

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir, das Team der Praxis DR. COMPANI & KOLLEGEN, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Um Ihnen eine Betreuung auf hohem Niveau zu gewährleisten und gezielt auf Ihre individuellen gesundheitlichen und persönlichen Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Sollten Sie Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name Vorname		Titel			
Straße Hausnummer		Geburtsdatum Geburtsort			
Postleitzahl Ort					
Telefon (privat)		Telefon (mobil)*		E-Mail*	
Hausarzt (Name Ort)					

KRANKENKASSE | VERSICHERUNG

Versicherungsgesellschaft: _____

Gesetzlich versichert: Freiwillig Pflicht

Privat versichert: Basistarif Standardtarif

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Ja Nein

Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe? Ja Nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist versichert?

Name Vorname		Geburtsdatum Geburtsort			
Straße Hausnummer		Postleitzahl Ort		Telefon (privat)	

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

ALLERGIEN	Ja	Nein	LEBER	Ja	Nein	ATMUNG LUNGE	Ja	Nein
Latex (Gummihandschuhe, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C			Lungenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NIEREN			Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metalle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dialysepflichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BLUT		
Sonstige: _____			Nierensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lange Blutungszeit nach Verletzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HERZ KREISLAUF			Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NERVEN GEMÜT		
Herzfehler künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	STOFFWECHSELERKRANKUNGEN			Krampfanfälle Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokarditisprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depressionen**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Typ1 <input type="checkbox"/> Typ2			Angstzustände**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrillmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bulimie**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Unterfunktion <input type="checkbox"/> Überfunktion			Sonstige: _____		
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige: _____			SKELETTERKRANKUNGEN		
MAGEN DARM			AUGEN			Gelenke (Rheuma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refluxkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grüner Star Glaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Bandscheibenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen

**Freiwillige Angabe – diese Angabe ist für die Behandlungsplanung hilfreich

IMMUNSCHWÄCHE	Ja	Nein	SONSTIGE	Ja	Nein		Ja	Nein
Immunsuppression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drogenabhängigkeit**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ohrensausen Tinnitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autoimmunerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kieferhöhlenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankung Krebsleiden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organtransplantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nicht genannte: _____					

Leiden Sie unter folgenden Infektionskrankheiten?

HIV | AIDS Ja Nein Tuberkulose Ja Nein Krankenhauskeime Ja Nein Verdacht auf Creutzfeldt-Jakob (CJK) | Varianten Ja Nein
(z.B. MRSA etc.)

Nehmen Sie Medikamente ein?

Blutdruckmedikamente Bisphosphonate bei Osteoporose Antidepressiva
 Cortison (Kortikoide) Bisphosphonate bei Krebserkrankung Schmerzmittel
 Blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar®, Xarelto®, ASS®, Lixiana®, Eliquis® oder Pradaxa®)
 Sonstige Medikamente: _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten? Ja Nein

Wenn ja, gegen welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein Wenn ja, welche Woche | Monat? _____

Rauchen Sie? Ja Nein Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Schnarchen Sie? Ja Nein

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? _____

HINWEIS ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN | *HINWEISE ZU FREIWILLIGEN ANGABEN

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) 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).

Ort | Datum

Unterschrift

AUFKLÄRUNG ÜBER DIE ZAHNÄRZTLICHE LOKALANÄSTHESIE

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann.

Bluterguss (Hämatom): Werden bei der Injektion kleinere Blutgefäße verletzt, kann es zu Einblutungen in das umliegende Gewebe bzw. Kaumuskeln kommen. Hierdurch bedingt, kann es zu einer eingeschränkten Mundöffnung und in ganz seltenen Fällen auch zu Infektionen kommen. Sie sollten Ihren Zahnarzt darüber informieren. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

Nervschädigung: Bei der Betäubung des Unterkiefers (Leitungsanästhesie) kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation | Schädigung auftreten. Dadurch kann es vorübergehend bzw. dauerhaft zu Gefühlsstörungen der jeweiligen Zungenhälfte oder Unterkiefer- oder Lippenregion kommen.

Selbstverletzung: Sollten nach der Behandlung umliegende Weichteile (Zunge, Lippen, Wange) noch betäubt sein (Gefahr der Bissverletzungen, Verbrennungen, Erfrierungen), verzichten Sie bitte so lange auf die Nahrungsaufnahme, bis sich wieder ein normales Gefühl der betäubten Regionen eingestellt hat.

Hinweis zur Organisation: Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Ort | Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortung!
Ihr Team der Praxis DR. COMPANI & KOLLEGEN

**Freiwillige Angabe – diese Angabe ist für die Behandlungsplanung hilfreich



Kranichsteiner Straße 54 | 64289 Darmstadt
T 06151 745 94 | F 06151 745 41
praxis@zahnaerzte-martinsviertel.de
www.zahnaerzte-martinsviertel.de