



Anamnesebogen (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefon (privat):

Telefon (dienstlich):

Herz-Kreislaufkrankungen: Blutdruck, Herzinfarkt, Schrittmacher, **Herzpass** usw.?

Atemwegserkrankungen: Bronchitis, Lungenentzündung, Tuberkulose, Asthma usw.?

Gefäße: Durchblutungsstörungen, Schlaganfall, Thrombosen usw.?

Blut: Gerinnungsstörungen (auch bei Verwandten), Nachbluten nach OP, häufig blaue Flecke usw.?

Skelettsystem/Knochen: Osteoporose, Gelenkerkrankungen, Muskelerkrankungen usw.?

Nehmen Sie Osteoporosemedikamente (**Bisphosphonate**) oder haben Sie solche Medikamente genommen, wann und welche?

Leber: Gelbsucht, Leberzirrhose, **Hepatitis A, B, C**, usw.?

Stoffwechsel: Diabetes Typ A oder B, Schilddrüsenerkrankungen, usw.?

Nieren: Nierensteine, Nierenentzündung, **Dialyse** usw.?

Nerven: Depressionen, Krampfanfälle, Lähmungen, Multiple Sklerose usw.?

Allergien: Heuschnupfen, Antibiotika, Schmerzmittel, Jod, Latex, Metalle usw.? **Allergiepass?**

Tumorerkrankungen: Operation, Bestrahlung, Chemotherapie, welcher Tumor und wann?

Besteht eine Schwangerschaft? O ja O nein

Rauchen Sie? O ja O nein Wenn ja, wie viel?

Sind Sie an **HIV** erkrankt? O ja O nein

Regelmäßige Medikamente, z.B. ASS, Phenprocoumon/Falithrom/Marcumar, Rivaroxaban z.B.Xarelto, Clopidogrel z.B.Plavix, oder andere? - **bitte eintragen:**

Datum:

Unterschrift:



Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogene Daten verarbeitet:

Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Diagnosen, Therapievorschlage und Befunde, die wir oder andere Arzte/ ZahnArzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgerechter Verfahren (z.B. Rontgenbilder).

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Grunden erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsvertrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere ZahnArzte, Arzte, Zahntechniker, KassenzahnArztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privat ZahnArztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Ich _____
(Vorname, Name)

erklare mich einverstanden, dass

- die Praxis Dr. Jens Stoltz meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hauszahnarzt zu fuhrenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hauszahnarzt übermittelt.
- die Praxis Dr. Jens Stoltz bei meinem Hauszahnarzt oder anderen Arzten oder Leistungserbringern (Krankenkasse, privat ZahnArztlichen Verrechnungsstellen) die fur meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und fur die Zwecke der von meinem behandelnden Zahnarzt zu erbringenden ZahnArztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Mein Zahnarzt ist: _____

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklahrung jederzeit ganz oder teilweise fur die Zukunft widerrufen kann.

(Ort, Datum) (Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Fur andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Zahnarzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.