



ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Dieser Fragebogen ist eine **wichtige Information** für Ihren Zahnarzt. Er dient zur Beschleunigung Ihrer Behandlung und zur Vereinfachung der notwendigen Büroarbeit und verbleibt bei Ihren Akten.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Sollten Sie Schwierigkeiten bei der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne. Bitte beantworten Sie die nachstehend aufgeführten Fragen in Ihrem Interesse genau.

PATIENT		HAUPTVERSICHERTER	
Name:		Name:	
Vorname:		Vorname:	
Geb.-Datum:		Geb.-Datum:	
Anschrift:	Straße, Hausnummer	Anschrift:	Straße, Hausnummer
	PLZ, Ort		PLZ, Ort
Tel. privat:		Tel. dienstlich:	
Beruf:		Arbeitgeber:	
Krankenkasse (Versichertengruppe, Anschrift):		<input type="checkbox"/> pflichtvers.	
		<input type="checkbox"/> freiw. vers.	
Privatversicherung:			
Name und Anschrift des Zahnarztes:		Tel.:	
Name und Anschrift des Hausarztes:		Tel.:	
Name und Anschrift des Internisten:		Tel.:	
Grund der Überweisung:		Empfehlung durch:	

Es wird um Vorlage Ihres Kranken- (Chipkarte) oder Überweisungsscheines gebeten, andernfalls kann gemäß der vertraglichen Bestimmungen Privathonorar erhoben werden. Bei der Abrechnung der Privathonorare erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihre Daten an ein Inkassounternehmen weitergegeben werden können.

FRAGEN ZUR VORGESCHICHTE DES PATIENTEN:**Ja Nein**Haben Sie Schmerzen? _____

Wo? _____ Seit wann? _____

Sind Sie in regelmäßiger ärztlicher Behandlung? _____

Wenn ja, seit wann? _____

Sind Sie in zahnärztlicher Behandlung? _____

Wenn ja, weshalb? _____

Nehmen Sie Medikamente? _____

Wenn ja, welche? In welcher Dosierung? _____

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? _____

Wenn ja, wogegen? _____

Haben Sie einen Allergie-Pass? _____ Bei Patientinnen: Sind Sie schwanger? _____

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Leiden Sie an einer Erkrankung des Blutes oder an einer Gerinnungsstörung? _____ Haben Sie Anfallsleiden (Krämpfe, Epilepsie)? _____ Leiden Sie an einer Erkrankung des Herzens? _____

Wenn ja, an welcher? _____

Ist Ihr Blutdruck erhöht? _____ Wenn ja, Werte? _____ Ist Ihr Blutdruck erniedrigt? _____ Wenn ja, Werte? _____ Leiden Sie unter Asthma oder einer Lungenerkrankung? _____ Sind Sie leberkrank oder hatten Sie Magen- oder Darmgeschwüre? _____ Sind Sie nierenkrank? _____ Sind Sie zuckerkrank (Diabetes)? _____ Wurde bei Ihnen ein Organ transplantiert? _____ Erhielten Sie eine Bestrahlungs- oder Chemotherapie? _____

Wenn ja, wann und warum? _____

Haben oder hatten Sie andere Erkrankungen, Operationen, _____

Unfälle oder Krankenhausbehandlungen? Wenn ja, welche?

Sind Sie HIV- (AIDS-) infiziert ja nein / Nehmen Sie Drogen? ja neinRauchen Sie? ja nein Wenn ja, wieviel? _____Wurden bei Ihnen Röntgenaufnahmen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich angefertigt, _____

die für die gewünschte Beratung oder eventuelle Behandlung von Bedeutung sein können?

Wenn ja, wann und bei welchem Arzt? _____

 Hiermit erkläre ich mich mit allen Röntgenbildern einverstanden, die für die jeweilige/en Behandlung/Behandlungen erforderlich sind.

Crailsheim, den _____

Unterschrift _____

Patient / Sorgeberechtigter

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Sehr geehrter Patientinnen, sehr geehrte Patienten,

für einen reibungslosen Ablauf arbeiten wir mit externen Dienstleistungsunternehmen und Laboren zusammen. Dafür werden im geeigneten Maße erforderliche Daten an die entsprechenden Unternehmen und Labore weitergeleitet, die diese zum Zweck der Erbringung, der im Aufklärungsblatt näher bezeichneten Dienstleistungen verarbeiten. Im beigefügten Aufklärungsblatt können Sie weitere allgemeine Informationen nachlesen. Welche Daten von Ihnen in welchem Umfang betroffen sind, können Sie bei Ihrem behandelnden Arzt erfragen. Nach Erledigung der Aufgabe in den Unternehmen werden die Daten – soweit möglich - gelöscht bzw. vernichtet, wovon wir uns regelmäßig überzeugen. Labore haben eine eigene Aufbewahrungspflicht entsprechend der Vorschriften zur ärztlichen Schweigepflicht. Ich willige ein, dass die Praxis Dr. Endler im Rahmen der Erforderlichkeit Patientendaten an externe Dienstleistungsunternehmen, z. B. zum Zwecke der kontrollierten Entsorgung von Datenmüll oder zur Erledigung von Schreibdiensten, übermittelt. Weiterhin willige ich ein, dass die Praxis Dr. Endler meine Patientendaten im Rahmen der Erforderlichkeit externen Laboren zum Zwecke der Untersuchung medizinischer Proben meine Daten übermittelt.

Für Ihre Behandlung (und Nachbehandlung) kann es erforderlich sein, sich mit Ihren behandelnden Zahnarzt auszutauschen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ein Austausch meiner Daten mit folgenden Zahnärzten erfolgt: _____

Ich gebe diese Erklärung freiwillig ab. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Haben Sie Bedenken gegen diese Übermittlung, sprechen Sie uns an. Sollten Sie nicht einwilligen, könnte dies Ihre Behandlung beeinträchtigen. Näher Informationen hierzu erhalten Sie im Aufklärungsblatt oder von unserem Personal. Einverständnis zum Datenaustausch zwischen den Ärzten der Praxis Dr. Endler und andern behandelnden Ärzten:

Weiterhin willigen Sie ein, dass die Praxis Dr. Endler Ihre Daten und Befunde aus Vorbehandlungen von den in der Einverständniserklärung angegebenen Ärzten angefordert werden können, sofern das für Ihre Behandlung erforderlich ist. Sie entbinden Ihre/n vorbehandelnden Ärztin/Arzt von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht. Bei Nichteinwilligung kann die Behandlung ggf. erheblich erschwert werden.



Außerdem willigen Sie ein, dass die Praxis Dr. Endler Ihre Behandlungsdaten und -befunde an Ihren nachbehandelnden Arzt zum Zwecke der Weiterbehandlung übermittelt. Sie entbinden die Sie behandelnden Ärzte der Praxis Dr. Endler insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht. Willigen Sie nicht ein, wird Ihnen der Arztbrief bzw. die Entlassungsunterlagen ausgehändigt oder zugesandt.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Aufklärungsblatt zur Datenübermittlung

Entsprechend der Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung an Dienstleister erhalten Sie hier ausführliche Informationen über die Art und den Umfang der Datenverarbeitung durch externe Dienstleistungsunternehmen und Labore.

Willigen Sie nicht ein, könnte sich dies negativ auf Ihre Behandlung auswirken. Diese negativen Auswirkungen könnte z. B. zu einer nicht ausreichenden Behandlung führen. Gegebenenfalls muss die Behandlung versagt werden. Lediglich Notfallbehandlungen stellen sie im erforderlichen Rahmen sicher.

Nähere Informationen dazu können Sie bei unserem Personal erfragen.

Im Folgenden sehen Sie eine Auflistung aller aktuellen Dienstleistungsunternehmen und Labore, mit denen die Praxis Dr. Endler zusammenarbeitet:

Kooperationspartner	Dienstleistung	Übermittelte Daten
Henry Schein	Dentaldepot	Stammdaten, Befunde, Termine
Sirona	Röntgengerät/DVT	Stammdaten
Evident	Softwareprogramm	Stammdaten, Befunde, Termine
Straumann	Implantatfirma	Stammdaten
Astra	Implantatfirma	Stammdaten
Camlog	Implantatfirma	Stammdaten
Pathologie Starnberg	Histologische Befunde	Probeexcisionen Stammdaten, Befunde
Firma Remondis	Entsorgungsfirma	Stammdaten, Röntgenbilder
S-Komm	IT-Firma	Stammdaten