

ZAHNZENTRUM SEHNDE

DR. LUH & KOLLEGEN

Zuckerfabriksweg 1 + 3
31319 Sehnde

Anamnesebogen

Patient

Name: _____
Vorname: _____
Straße, Hausnummer: _____
PLZ, Ort: _____
Geburtsdatum: _____
Versichertenstatus: _____
Telefon (privat/mobil): _____
E-Mail-Adresse: _____
Pflegegrad: _____
Daten Hausarzt: _____

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Bitte kreuzen Sie zutreffende Krankheitsbilder an:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

	ja	nein
Hoher Blutdruck		
Niedriger Blutdruck		
Herzschrittmacher		
Herzklappenfehler		
Herzklappenersatz		
Endokarditis		
Herzoperation		

Immunsupprimierte Patienten

	ja	nein
Hochgradige Neutropenie		
Mukoviszidose-Erkrankung		
Organtransplantiert		
Stammzellentransplantiert		

Infektiöse Erkrankungen

	ja	nein
HIV-Infektion/Stadium AIDS		
Tuberkulose		
Lebererkrankung/Hepatitis Welche Form und wann?		
Krankenhauskeim (MRSA)		
Creutzfeld-Jakob-Krankheit		

Allergien bzw. Unverträglichkeiten

	ja	nein
Lokalanästhesie/ Spritzen		
Antibiotika		
Schmerzmittel		
Metalle		
Sonstige, wenn ja welche:		

ZAHNZENTRUM SEHNDE

DR. LUH & KOLLEGEN

Zuckerfabriksweg 1 + 3
31319 Sehnde

Sonstige Krankheitsbilder

	ja	nein
Anfallsleiden (Epilepsie)		
Drogeneinnahme		
regelmäßiger Alkoholkonsum		
Osteoporose		
Asthma/ Lungenerkrankung		
Nervenerkrankung		
Krebserkrankung		

	ja	nein
Blutgerinnungsstörungen		
Nierenerkrankung		
Rheuma/Arthritis		
Diabetes/Zuckerkrankheit		
Ohnmachtsanfälle		
Schilddrüsenerkrankung		
Sonstige Erkrankungen		

Einnahme von Medikamenten

	ja	nein
Nehmen Sie Blutverdünner?		
Nehmen Sie Bisphosphonate?		
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?		
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?		
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?		
Wurden Sie im Krankenhaus operiert? Wenn ja, welche und wann?		
Nehmen Sie weitere Medikamente ein, die hier nicht aufgeführt sind? Wenn ja, welche?		

.....

.....

Sonstiges

	ja	nein	
Rauchen?			
Schwanger?			Welche Woche?
Zahnärztliche Röntgenaufnahmen vorhanden?			Wenn ja, wann?
Ich bin mit der Farbe meiner Zähne zufrieden			
Ich bin mit der Stellung meiner Zähne zufrieden			

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Familie/Freunde/Bekannte	
Werbung/Flyer	
Homepage/Internet	
Instagram	

ZAHNZENTRUM SEHNDE

DR. LUH & KOLLEGEN

Zuckerfabriksweg 1 + 3
31319 Sehnde

Recall Einwilligung:

Hiermit stimme ich zu, dass mich mein Zahnarzt/meine Zahnärztin an die zahnärztliche Behandlung erinnern darf.

- Ja
- Nein

Auf folgendem Weg:

- per Email (_____)
- per Telefon (_____)
- per SMS (_____)
- per Brief (_____)

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Einverständniserklärung freiwillig erfolgt und ich diese jederzeit mündlich oder schriftlich gegenüber meinem Zahnarzt/meiner Zahnärztin, bzw. der Praxis widerrufen kann.

Die im Rahmen der Teilnahme am Recall-System gespeicherten Daten werden ausschließlich für das Recall-System genutzt. Sobald Sie der weiteren Teilnahme widersprechen sollten, erfolgt unmittelbar eine Löschung der Daten aus unserem System. Hinsichtlich ihrer weiteren Rechte weisen wir Sie auf unsere Information zur Erhebung personenbezogener Daten hin. Diese liegt und hängt in der Praxis aus. Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie über unsere Datenschutzerklärung unter <https://www.zahnzentrum-sehnde.de/datenschutz> oder auf Anfrage an der Rezeption.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift