

PATIENTENANMELDUNG, ANAMNESE UND DATENSCHUTZINFO

Bitte beantworten Sie folgende Fragen sorgfältig. Wir wollen erreichen, dass Krankheiten frühzeitig erkannt werden und dass unsere Behandlungsmaßnahmen und Medikamente Ihrem Gesundheitszustand angepasst werden können.

Selbstverständlich behandeln wir alle Auskünfte vertraulich!

Ihr Praxis-Team Dr. Tanja Winter, Königstr. 60, 32427 Minden

Name, Vorname: _____ geb. am: _____ Geb.Ort _____

Mitglied (Name, Vorname): _____ geb. am: _____

Adresse: _____ Tel.privat: _____

Tel. gesch.: _____ mobil: _____

Beruf/Arbeitgeber (freiwillige Angabe): _____

E-Mail-Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Sind Sie zusatzversichert? Ja Nein

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Durch wen wurden Sie empfohlen bzw. wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

ALLGEMEINE ANAMNESE:

1. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Ja Nein

Wenn ja welche (gegen Penicillin, Aspirin, Schmerzmittel etc.)

2. Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

3. Leiden Sie an Herz- und / oder Kreislaufbeschwerden Ja Nein

4. Haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung Ja Nein

5. Haben Sie Diabetes (Blutzucker)? Benötigen Sie Insulin? Ja Nein

6. Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? Ja Nein

eine Lebererkrankung? Ja Nein

eine Nierenerkrankung? Ja Nein

zur Zeit eine Infektionskrankheit (Aids, Hepatitis) Ja Nein

eine Nervenkrankheit? Ja Nein

Bronchial-Asthma? Ja Nein

andere Schwierigkeiten mit den Lungen oder Husten? Ja Nein

Epilepsie (Anfallsleiden)? Ja Nein

Hohen / niedrigen Blutdruck? Ja Nein

7. Haben Sie Krebs, eine bösartige Erkrankung oder Leukämie Ja Nein

Falls eine der o. g. Fragen mit Ja beantwortet wurde: Name und Anschrift des Hausarztes (Hausarzt oder Internist) > SEITE 2

8. Hatten Sie jemals eine Ohnmacht bei (zahn-) medizinischen Eingriffen? Ja Nein
9. Benötigen Sie eine Antibiotikaphylaxe (Gabe) vor zahnärztlichen Eingriffen? Ja Nein
10. Nehmen Sie zur Zeit irgendwelche verordnete Medikamente (z.Bsp. Bisphosphonate)? Ja Nein
Wenn ja welche?_____
11. Sind Sie schwanger? Ja Nein
12. Neigen Sie zu Zahnfleischbluten Ja Nein
13. Haben Sie Angst vor Zahnbehandlungen? Ja Nein
14. Was ist der Grund für Ihren Besuch?

Wir weisen Sie darauf hin, dass wir eine Bestellpraxis sind und bitten Sie, die reservierten Termine, die aus gesundheitlichen oder beruflichen sowie persönlichen Gründen nicht eingehalten werden können, mind. 24 Stunden vorher abzusagen.

Bei mehrfach kurzfristig abgesagten und nicht eingehaltenen Terminen erlauben wir uns, Ihnen eine Ausfallgebühr in Höhe von 40 € pro Stunde in Rechnung zu stellen.

Falls Sie uns nicht persönlich erreichen sollten, haben Sie die Möglichkeit, uns eine E-Mail zu senden an praxis@dr-winter.de

Die Patienten-Information zu Art.13 DS-GVO habe ich zur Kenntnis genommen

Datum: _____ Unterschrift: _____