



ZAHNARZT
Dr. Karl- Enno Hinrichs
Anamnesebogen

Patient (Name, Vorname, geb.)

Die folgenden Angaben unterliegen selbstverständlich, wie alle persönlichen Daten, der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte füllen Sie diese Seite sorgfältig aus.

Ärztliche Behandlung:

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? **Ja** **Nein**

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Hausarzt/ Facharzt:

Name, Adresse, Telefonnummer:

Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Nehmen Sie Bisphosphonate (Medikamente in der Tumorthherapie) ein? **Ja **Nein****

Herz- / Kreislaufkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz) oder Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? **Ja** **Nein**

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? **Ja** **Nein**

Zu hoher Blutdruck? **Ja** **Nein**

Zu niedriger Blutdruck? **Ja** **Nein**

Zustand nach Herzinfarkt? **Ja** **Nein**

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? **Ja** **Nein**

Infektionserkrankungen:

Gelbsucht (Hepatitis A / B)? **Ja** **Nein**

Tuberkulose? **Ja** **Nein**

Wurde ein AIDS-Test durchgeführt? **Ja** **Nein**

Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankung (Diabetes)? **Ja** **Nein**

Schilddrüsenerkrankungen? **Ja** **Nein**

Bluterkrankungen:

Blutungsneigung (Hämophilie)? **Ja** **Nein**

Erkrankungen des Nervensystems:

Epileptiforme Anfälle (Epilepsie)? **Ja** **Nein**

Allergien:

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht der Überempfindlichkeit? _____

Besitzen Sie einen Allergiepaß? **Ja** **Nein**

Schwangerschaft:

Wenn ja, in welchem Monat? **Ja** **Nein**

Anamnesebogen (Fortsetzung)

Röntgen:

Wurden im letzten Jahr Aufnahmen im Kopf-Bereich angefertigt? **Ja** **Nein**

Wenn ja, wo?

Übrigens: Durch Modernisierung unserer Röntgengeräte wurde die Strahlendosis um 90 % gesenkt.

Zahnmedizinische Anamnese :

Beobachten Sie seit einiger Zeit Zahnfleischbluten? **Ja** **Nein**

Leiden sie unter Mundgeruch? **Ja** **Nein**

Haben Sie häufig Kopf- oder Nackenschmerzen? **Ja** **Nein**

Spüren Sie manchmal einen Metallgeschmack? **Ja** **Nein**

Leiden Sie unter überempfindlichen Zähnen? **Ja** **Nein**

Knirschen Sie nachts mit den Zähnen? **Ja** **Nein**

Bestehen Kiefergelenksgeräusche? **Ja** **Nein**

Haben Sie gelegentlich Kiefergelenksbeschwerden? **Ja** **Nein**

Wenn ja, wurde deswegen eine Behandlung durchgeführt? **Ja** **Nein**

Wurden Ihre Zähne jemals beschliffen, außer für Füllungen? **Ja** **Nein**

Wurden Ihnen bleibende Zähne entfernt? **Ja** **Nein**

Leiden Sie unter verstärktem Würgereiz (z.B. bei Abdrücken)? **Ja** **Nein**

Rauchen Sie regelmäßig? **Nein** **Ja** **Wieviele Zigaretten pro Tag**

Was können wir für Sie tun?

Was brauchen Sie, um sich gut behandelt zu fühlen?

Legen Sie Wert auf eine entspannte Behandlung? **Ja** **Nein**

Möchten Sie über moderne, klinische Hypnose aufgeklärt werden? **Ja** **Nein**

Möchten Sie regelmäßig an die Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? **Ja** **Nein**

DATENSCHUTZERKLÄRUNG:

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies nach Maßgabe gesetzlicher Regelungen notwendig ist. Für die meisten Daten gilt eine Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren, bei Röntgenaufnahmen bis zu 30 Jahren. Eine Vorratsspeicherung findet nicht statt, die Daten werden nach Ablauf der jeweiligen Frist ver-nichtet.

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Sie können die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung, Einschränkung der Datenverarbeitung sowie der Datenübertragung zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Basis gesetzlicher Regelungen zur Erfüllung der behandlungsvertraglichen Verpflichtungen. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung ist ART: 9 II lit. h (DSGVO i.V.m. §22 I Nr. 1 lit. b) BDSG. Sie haben das Recht, eine Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Zusätzl. Hinweise zum Thema Datenschutz und DSGVO entnehmen Sie bitte unserer Website www.zahnarztpraxis-hinrichs.de

Datum:

Unterschrift: