

Fragebogen (Anamnese)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir eventuellen Risiken besser vorbeugen können. Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen bzw. ergänzen. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen.

Name: _____

Telefonnummer: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Ort/PLZ: _____

Versicherung: _____

Geburtsdatum und Ort: _____

Beihilfe j n

Basistarif j n

Zahnärztin/-arzt: _____

1. Werden regelmäßig oder derzeit **Medikamente** j n eingenommen.

Wenn ja, welche? _____

2. Nehmen Sie **blutverdünnende Medikamente ein.** j n

Wenn ja, welche? _____

3. Nehmen oder haben Sie **Bisphosphonat-Medikamente** j n eingenommen (Osteoporose oder Krebs- Erkrankungen)

Wenn ja, welche? _____

4. Besteht eine **Allergie** wie Heuschnupfen oder allergisches Asthma oder eine Unverträglichkeit bestimmter Substanzen (z.B. Medikamente, Latex, Desinfektionsmittel, Betäubungsmittel, Röntgenkontrastmittel, Jod, Pflaster, Pollen)? j n

Wenn ja, welche? _____

5. Besteht/Bestand eine **Infektionskrankheit** j n (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV/AIDS)?

Wenn ja, welche? _____

6. Besteht/Bestand eine **Herz-Kreislauf-Erkrankung** (z.B. Herzfehler, Herzklappenfehler, Angina pectoris, Herzinfarkt, Schlaganfall, Rhythmusstörungen, Herzmuskelentzündung, hoher Blutdruck)? j n

Wenn ja, welche? _____

7. Besteht eine **Stoffwechselerkrankung** j n (z.B. Zuckerkrankheit, Gicht)?

Wenn ja, welche? _____

8. Liegt eine **Knochenerkrankung** j n (z.B. Osteoporose, Tumor) vor?

Wenn ja, wird (vorbeugend) mit Medikamenten behandelt (z.B. Ostaro®)? j n

Wenn ja, mit welchen? _____

9. Bestehen **weitere Erkrankungen?** j n

Wenn ja, welche? _____

10. Wurde schon einmal eine **Strahlen- oder Chemotherapie** durchgeführt? j n

Wenn ja, wann und weswegen? _____

11. Regelmäßiger **Tabakkonsum?** j n

Wenn ja, was und wie viel? _____

12. Regelmäßiger **Drogenkonsum?** j n

Wenn ja, was und wie viel? _____

13. Regelmäßiger **Alkoholkonsum?** j n

Wenn ja, wie viel täglich? _____

Zusatzfragen bei Frauen

1. Könnten Sie schwanger sein? j n

2. Stillen Sie? j n

Datum: _____

Unterschrift: _____

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich,

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

mich ausdrücklich damit einverstanden, dass Auskünfte über die Behandlung

von mir/ meinem Kind/ der von mir betreuten Person, sowie über die betreffenden Befunde und Röntgenbilder an die **überweisende Praxis/ Behandelnder Zahnarzt/Zahnärztin** per Post, Fax, unverschlüsselter Email, telefonisch oder persönlich weitergeleitet und angefordert werden dürfen.

Des Weiteren erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten im Bedarfsfall auch **an Dritte**, wie z.B. an folgende Stellen weitergeleitet werden dürfen:

- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein* (KVNO)
- Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein* (KZVNO)
- Pathologie*
- Mikrobiologie*
- Zahntechnischer Labor*
- Röntgeninstitut (DVT/CT/MRT)*
- Privatärztliche Verrechnungsstelle*
- Qualitätssicherung

(Ihre personenbezogenen Daten können zum Zwecke der landesweiten Qualitätssicherung im Gesundheitsamt von der KVNO oder KZVNO herangezogen werden.)

Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgenden Link: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4036>

* die genauen Anschriften sind beim Personal der Anmeldung zu erfragen

Einwilligung zu Terminerinnerungen und Recalls per SMS und/oder E-Mail durch DOCTOLIB

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie auch falls Sie kein Doctolib Nutzerkonto haben, mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und E-Mail an Ihren Termin erinnern. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie hiermit einverstanden sind. Wenn Sie keine Erinnerungen mehr erhalten möchten, teilen Sie uns das jederzeit mit und wir stellen die Erinnerungen wieder aus.