



# Zahnarztpraxis

## Daniela Schreiber

### PATIENTENDATEN

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Ggf. Name, Vorname des/der Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil : \_\_\_\_\_

Gesetzliche Krankenkasse/Krankenversicherung  ja  nein bei: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Zusatzversicherung?  ja  nein bei: \_\_\_\_\_

Sind Sie privat versichert?  ja  nein bei: \_\_\_\_\_

Sind Sie beihilfeberechtigt?  ja  nein bei: \_\_\_\_\_

Als Privatpatient/in ist mir bewusst, dass die Berechnung unter der GOZ/GOÄ zu Grunde gelegt wird.  
Mit entsprechender schriftlicher Begründung können sich Behandlungskosten bis zum 3,5-fachen Gebührensatz ergeben. Sollten über diesen Satz hinaus Kosten entstehen, werden Sie selbstverständlich vorher darüber aufgeklärt.

## ANAMNESE (MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE, GESUNDHEITZUSTAND)

Liebe Patientin, Lieber Patient,

Wir möchten Ihre Behandlung so gut wie möglich auf Ihre Person abstimmen, dazu benötigen wir einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie deshalb alle Fragen vollständig und sorgfältig. Sie dienen damit Ihrer Sicherheit und Gesundheit. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Angaben vertraulich.

1. Sind Sie Allergiker (hatten Sie z.B. Heuschnupfen, Nesselsucht)?  Ja  Nein
2. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Wenn ja, welche \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Hatten Sie ernsthafte Herz- und Kreislaufbeschwerden?  Ja  Nein
4. Sind Sie zuckerkrank?  Ja  Nein
5. Leiden Sie an einer Erkrankung des Blutes oder an einer Blutgerinnungsstörung?  Ja  Nein
6. Leiden Sie oder litten Sie an Tuberkulose?  Ja  Nein
7. Leiden Sie unter Asthma?  Ja  Nein
8. Haben oder hatten Sie ein Magen- oder Darmgeschwür?  Ja  Nein
9. Haben oder hatten Sie eine Schilddrüsenerkrankung?  Ja  Nein
10. Leiden Sie unter der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit?  Ja  Nein
11. Leiden Sie unter Osteoporose?  Ja  Nein
12. Nehmen Sie Bisphosphonate ein?  Ja  Nein
13. Sind Sie Raucher? Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich?  
\_\_\_\_\_ Stück pro Tag
14. Sind Sie leberkrank oder hatten Sie einmal Hepatitis (Gelbsucht)?  Ja  Nein
15. Sind Sie HIV positiv?  Ja  Nein
16. Haben Sie ein Organtransplantation oder einen Herzschrittmacher?  Ja  Nein
17. Wann wurde bei Ihnen die letzte Röntgenuntersuchung durchgeführt?  
\_\_\_\_\_ (Bitte Monat und Jahr eintragen)
18. Gab es Komplikationen während oder nach einer Zahnbehandlung? Wenn ja, welche  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
19. Sind Sie schwanger?  Ja  Nein
20. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

21. Welche Krankheiten sind bei Ihnen bekannt?

---

---

22. Bitte teilen Sie uns den Namen und die Anschrift Ihres Hausarztes mit.

---

---

23. Wann war Ihre letzte professionelle Zahnreinigung?

---

(Bitte Monat und Jahr eintragen)

### GRUND IHRES BESUCHS

(Bitte kreuzen Sie zutreffendes an.)

- Kontrolluntersuchung
  - Zahnschmerzen
  - Zahnfleischbluten
  - Migräne/ Kopf-/ Nackenschmerzen nein
  - Kiefergelenkbeschwerden
  - Knirschen
  - Mundgeruch
  - Schmerzbehandlung
  - Sonstiges
- 

### BERATUNGSWUNSCH

(Bitte kreuzen Sie zutreffendes an.)

- Keramikfüllung
  - Bleaching
  - Implantat-Versorgung
  - Amalgamsanierung
  - Zahnästhetik
  - Ernährungsfragen
  - Sonstiges
- 

---

Ort/ Datum

---

Unterschrift

Möchten Sie an Kontrolltermine  
erinnert werden?

Ja  Nein



# Zahnarztpraxis

## Daniela Schreiber

### PATIENTENEINWILLIGUNG BEHANDLUNGSVERHÄLTNIS

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

#### EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE

Hiermit willige ich,

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung bei Zahnärztin Daniela Schreiber, Burgstraße 14 in 41844 Wegberg, an

den weiterbehandelnden Arzt

\_\_\_\_\_  
(Name)

das Krankenhaus

\_\_\_\_\_  
(Name)

das Labor

\_\_\_\_\_  
(Name)

\_\_\_\_\_

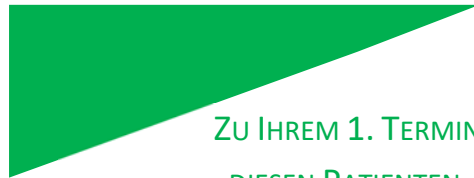
\_\_\_\_\_  
(Name)

weitergegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig. Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die beiden genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

Wegberg, den

Unterschrift: \_\_\_\_\_



ZU IHREM 1. TERMIN BITTEN WIR SIE,  
DIESEN PATIENTEN-ANMELDEBOGEN  
MITZUBRINGEN. SELBSTVERSTÄNDLICH  
KÖNNEN SIE IHN AUCH VORAB UNS  
PER E-MAIL SCHICKEN AUF:  
POST@ZAHNARZTPRAXISSCHREIBER.DE

Vielen Dank!