

Zentrum für Biologische Zahnmedizin

Anamnesebogen



Titel		
Vor- und Zuname		
Geburtsdatum und -Ort		
Straße		
PLZ und Wohnort		
Telefon mobil		
Telefon Privat		
Telefon Arbeit		
Email-Adresse		
Beruf / Arbeitgeber		
Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns?		
Welches Anliegen führt Sie zu uns?		
Besteht eine medizinische Grunderkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche und seit wann?		
Nehmen Sie Blutverdünner ein? Wenn ja welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bekommen Sie Bisphosphonate?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Sonstige Medikamente:		
Sind Ihnen Allergien bekannt?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Akute medizinische Beschwerden: wo seit wann ?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Zahnmedizinische Beschwerden: wo und seit wann?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie in den letzten 3 Jahren einen seelisch-emotionalen Schock erlitten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie schwanger?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	



Essen Sie Brot oder andere Getreideprodukte?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie Milchprodukte zu sich ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie viel Zucker zu sich - Essen / Getränke?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie oft, wie viel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Treiben Sie Sport und wenn ja, welche Sportart und wie oft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass nicht eingehaltene Termine, die nicht spätestens 48 Stunden vorher abgesagt wurden, nach § 615 BGB mit einem Stundensatz von 200 € in Rechnung gestellt werden müssen.		
Wie sind Sie versichert?		
Gesetzlich <input type="checkbox"/>	Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Privat <input type="checkbox"/>	Beihilfe berechtigt <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie noch wichtige zusätzliche Informationen für uns?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Weitergabe personenbezogener Patientendaten gemäß Art.6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO: Ich stimme hiermit der Weitergabe meiner Behandlungsinformationen zum Zweck der Herstellung von Zahnersatz an das zahnärztliche Labor zu. Des Weiteren stimme ich der Herstellung, Speicherung und Nutzung für Lehrzwecke - auch im Internet - von Fotos und Röntgenbildern sowie der Weitergabe an Nachbehandler zu. Zu diesem Zweck entbinde ich die Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin darüber informiert, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann; der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der davor behandelten Daten - Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO	Ort, Datum , Unterschrift	
Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnungen über die DZR Hamburg IBAN: DE 41 3006 0601 0006 6655 51 abgerechnet werden	Ort, Datum , Unterschrift	
Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe und alle Kosten der Behandlung selbst tragen werde, unabhängig von einer Erstattung durch etwaige Kostenträger	Ort, Datum , Unterschrift	