

Versicherte(r)

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb.am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr Arzt-Nr. Datum

Behandlungseinrichtung Beh.-ID

Behandelnde(r) Ärztin/Arzt Arzt-ID

Dokumentation zum Patientengespräch:

Anamnese

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten liegt uns sehr am Herzen!

Herzlichen Dank, dass Sie uns bei der Erhebung und Aktualisierung Ihrer persönlichen Gesundheitsdaten mit der Zustimmungserklärung unterstützen. Alle Angaben werden Ihren persönlichen Unterlagen angefügt und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht. Ihre Daten werden entsprechend der ärztlichen Dokumentationspflicht und des Datenschutzgesetzes gespeichert und aufbewahrt.

Ein Widerruf dieser Datenspeicherung ist jederzeit schriftlich, persönlich oder per E-Mail möglich.

J = Ja | N = Nein

Persönliche Daten & Gesundheitsdaten

Ihre persönlichen Daten und Angaben zur Ihrer Gesundheit werden in unserem System hinterlegt. Wir nutzen diese Daten, um Sie medizinisch bestens zu betreuen und Sie an wichtige Termine wie Kontrollen oder Mundhygiene zu erinnern.

Einwilligung zur Datenspeicherung J N

Bitte bedenken Sie, dass eine Auswahl bei „Nein“ zu einer eingeschränkten oder nicht möglichen Behandlung führen kann.

Speichern, Verarbeiten und Weiterleiten von Bildaufnahmen

Falls medizinisch erforderlich, leiten wir im Sinne Ihrer Gesundheit Bildaufnahmen, Aufnahmen wie Röntgenbilder bzw. Bilder der Oralkamera an andere Mediziner oder Zahntechniker weiter.

Einwilligung zur Weiterleitung J N

Bitte bedenken Sie, dass eine Auswahl bei „Nein“ zu einer eingeschränkten oder nicht möglichen Behandlung führen kann.

Patientendaten

Anrede

Name

Vorname

Akademischer Titel

Geburtsdatum

Versicherungsnummer

Krankenkasse

Kontaktdaten

Straße

Postleitzahl

Ort

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

E-Mail

Allgemein

Geschlecht:

Für Frauen:

Nehmen Sie Kontrazeptiva (Pille)?

J N

Vermuten Sie Schwanger zu sein?

J N

Stillen Sie?

J N

Alkoholkonsum

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

J N

Tabakkonsum

Rauchen Sie?

J N

Wenn ja, wieviel?

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig oder zurzeit
Medikamente ein?

J N

(z.B. Schmerz-, Schlaf-, Herz-, Kreislauf-,
blutgerinnungshemmende Mittel wie Heparin,
Marcumar®, /Aspirin®, Plavix®, Psychopharmaka,
Antidiabetika, frei käufliche Präparate)

Wenn ja, welche und wieviel pro Tag?

Wenn ja, bitte nennen Sie Ihren Hausarzt:

Allgemeine Fragen

Wichtige Krankenhausaufenthalte?

J N

Wenn ja, welche?

Syndrome? (z.B. Down Syndrome)

J N

Wenn ja, welche?

Mund-/ Kieferoperationen?

Gerinnungsstörungen

Leiden oder litten Sie an einer der
folgenden Gerinnungsstörungen:
Entstehen häufig blaue Flecken und/oder
Nasenbluten?

J N

Blutarmut (Anämie)?

J N

Allergien

Leiden Sie an Allergien?

J N

(z.B. Latex, Penicilin, Adrenalin, Jod, Nickel, Andere)

Wenn ja, an welchen?

Herz-/Kreislaufkrankungen

Leiden oder litten Sie wissentlich an einer
der folgenden Herz-/Kreislaufkrankungen?
Herzinfarkt?

J N

Haben Sie einen Herzschrittmacher
oder Stent ?

J N

Hoher Blutdruck?

J N

Niedriger Blutdruck?

J N

Thrombose/ Embolie (zB Schlaganfall)?

J N

Andere Herz-/Kreislaufkrankungen?

J N

Wenn ja, welche?

Anamnese

Lungenerkrankungen

Leiden oder litten Sie wissentlich an einer Lungenerkrankung? (z.B. Asthma, COPD) J N

Wenn ja, welche?

Nervensystem

Leiden oder litten Sie wissentlich an einer Erkrankung des Nervensystems? J N

(z.B. Epilepsie, Multisklerose, psychische Erkrankungen)

Wenn ja, welche?

Krebserkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer Krebserkrankung? J N

Wenn ja, an welcher?

Befinden Sie sich derzeit in chemotherapeutischer Behandlung? J N

Datenschutz: Ich willige ein, dass meine sensiblen und sonstigen persönlichen Daten (Art. 9 DSGVO) zu den oben angeführten und für meine zahnärztliche Behandlung notwendigen Zwecken weiterverarbeitet und wenn nötig an Auftragsverarbeiter oder andere Verantwortliche (Ärzte, Krankenkassen) weitergeleitet werden.

Hinweis: Wir möchten Sie darauf hinweisen dass Termine für die Mundhygiene rechtzeitig (bis 24 Stunden vorher) telefonisch oder per Mail abgesagt werden müssen. Ansonsten wird der volle Betrag in Rechnung gestellt.

Unterschrift - bitte in das Feld tippen!

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter
Name Erziehungsberechtigter:

Ort/Datum: Vöcklabruck, 07.03.2024

Infektionskrankheiten

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Infektionskrankheiten:

Hepatitis? A B C

Tuberkulose (Tbc)? J N

HIV-positiv (AIDS)? J N

Andere Infektionskrankheiten?

Stoffwechselerkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Stoffwechselerkrankungen:

Anamnese J N

Diabetes mellitus? J N

Osteoporose? J N

Nehmen Sie Bisphosphonate? J N

Vielen Dank!

Sie haben die Anamnese nun abgeschlossen!
Bitte retournieren Sie das iPad wieder am Empfang.
Sollten sich Ihre Gesundheitsangaben während der Behandlungszeit ändern, sind diese umgehend mitzuteilen!