

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Vielen Dank, dass Sie uns Ihr Lächeln und Ihre Zahngesundheit anvertrauen.

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Unser Ziel ist es, Ihnen eine bestmögliche und individuelle Behandlung anzubieten. Deshalb möchten wir Sie bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen, diesen Fragebogen sorgfältig zu lesen und so genau wie möglich auszufüllen.

Gerne besprechen wir die wesentlichen Fragen und Antworten gleich noch einmal ausführlich mit Ihnen. Alle Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

1. Angaben zu Ihrer Person

m w

Name, Vorname	Geb. Datum	Geb. Ort
Straße	PLZ, Ort	
Tel. privat	Mobil	
E-Mail	Telefon dienstl.	
Arbeitgeber	Beruf	

Wie sind Sie versichert?

gesetzlich privat zusatzversichert

Name der Krankenkasse Welche Zusatzversicherung?

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname Geb. Datum Geb. Ort

Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand

Wer ist Ihr Hausarzt (Name, Adresse)?

Bei welchen Fachärzten sind Sie zurzeit in Behandlung (Name, Adresse)?

Wurden bereits Röntgenbilder der Zähne und / oder des Kopfes angefertigt? Ja Nein
Wenn ja, wann und von wem wurden die Röntgenaufnahmen angefertigt?

2. Was ist der Grund Ihres Besuches?

<input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung	<input type="checkbox"/> Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten
<input type="checkbox"/> Migräne / Kopf- & Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/> Kiefergelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/> Knirschen
<input type="checkbox"/> Beratungsbedarf Zahnersatz	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

6. Datenschutz

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis smilident zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis smilident widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Mir ist bewusst, dass meine Daten streng vertraulich behandelt und ggf. elektronisch gespeichert werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten