



ORALCHIRURGIE PLEISSENTAL
Dr. Reiß und Kollegen

Werte Patienten, auch ihr allgemeines Befinden hat Einfluss auf Ihre Zahngesundheit und ist wichtig für unsere Behandlung. Aus diesem Grund bitten wir Sie, die folgenden Fragen gewissenhaft zu beantworten. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank im Voraus und eine angenehme Zeit bei uns wünscht Ihnen das Team der Oralchirurgie Pleissental.

Anmelde – und Anamnesebogen

Persönliche Daten

Name	Vorname
Telefon	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort
E-Mail	Beruf/ Arbeitgeber

Versicherungsdaten

Krankenkasse
Hausarzt/Allgemeinarzt (Adresse, Ort)

Familienversichert?? wenn JA bei wem??

Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort
Telefon	Geburtsdatum

Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Praxis als **Bestellpraxis mit Wartelisten und Terminvergaben** arbeitet. Bei Absagen, die nicht **spätestens 24h vor dem geplanten Behandlungstermin** erfolgen, ist es nicht möglich eine(n) andere(n) Patientin/Patienten einzubestellen. Ich verpflichte mich daher, Termine, welche ich nicht wahrnehmen kann, spätestens 24h vorher abzusagen. Unterbleibt die rechtzeitige Absage behält sich die Praxis als Schadensersatz für den ausgefallenen Termin vor, **eine Ausfallpauschale in Rechnung zu stellen**, welche individuell und nach Absprache gemäß § 611 und 615 BGB zu zahlen ist. Ich wurde ausführlich darauf hingewiesen, dass das Ausfallhonorar nicht von gesetzlichen und/oder privaten Krankenversicherung übernommen wird und durch mich selber zu zahlen ist.

Datum, Unterschrift Patient (& Vertreter bzw. Erziehungsberechtigter)

Datenschutz/ Schweigepflichtentscheidung

Der Umgang mit Ihren persönlichen Daten ist uns sehr wichtig. Als Arztpraxis lässt es sich nicht umgehen persönliche Daten zu erheben und auch zu speichern, um eine optimale Versorgung zu ermöglichen. Die aktuell geltende Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) liegt bei uns in der Praxis zu Ihrer Einsicht aus.

Ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck (Nicht zutreffendes bitte streichen) a) Übermittlung an Dentallabor; b) Übersendung von Arztbriefen, Befunden, Röntgenbildern an ärztliche Kollegen; c) Anfertigung von Foto- und Videoaufnahmen zur Dokumentation, Verlaufskontrolle, Qualitätssicherung, Vorträge; d) Recallsystem und Terminerinnerung **durch die Praxis zu.**

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7, Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7, Abs.3 Satz2 DSGVO). Ich entbinde die Ärztinnen/Ärzte der Praxis Pleissental bis zu einem jederzeit möglichen Widerruf von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber mitbehandelnden externen Ärztinnen und Ärzten. Ich erkläre mich einverstanden, dass diesem Zusammenhang Befunde, Diagnostik, Therapien, etc. mitgeteilt werden.

Datum, Unterschrift Patient (& Vertreter bzw. Erziehungsberechtigter)

Bitte wenden!

Allgemeiner Gesundheitszustand

Leiden oder litten Sie an ...

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen

☐	Herzerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Herzrhythmusstörung etc.) _____	
☐	Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie)	
☐	Hypertonie (hoher Blutdruck)	
☐	Hypotonie (niedriger Blutdruck)	
☐	Zuckererkrankung (Diabetes)	
☐	Schilddrüsenerkrankung	
☐	Epilepsie (letzter Anfall wann ??) _____	
☐	Parkinson-Erkrankungen	
☐	Blutarmut, Blutkrankheiten	
☐	Infektionserkrankungen (HIV, Tuberkulose, o.a.)	
☐	Lebererkrankungen	
☐	Magen-Darm-Erkrankungen	
☐	Nierenerkrankungen	
☐	Atemwegs-/Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, COPD etc.)	Asthma-Spray vorhanden ??
☐	Rheumatoide Grunderkrankungen (chron. Gelenkentzündung)	
☐	blutverdünnende Medikamente ?? (z.B. ASS100 etc.)	
☐		
☐	pflanzliche Präparate ?? (z.B. Arnika, Ginkgo, Ingwer, Johanniskraut, Knoblauch etc.)	
☐		
☐	Osteoporose ?? (welche Medikamente ??)	
☐		
☐	Tumorerkrankungen (wenn Ja, wann, welche ??)	
☐		
☐	Allergien / Überempfindlichkeiten (wenn Ja, Allergiepass bitte vorlegen !!):	
☐		
☐	Medikamentenunverträglichkeit ?? (z.B. Penicillin-Unverträglichkeit, Schmerzmedikamente etc.)	
☐		
☐	Rauchen Sie ?? (Anzahl pro Tag??)	
☐		
☐	Aktueller / ehemaliger regelmäßiger Alkohol- oder Drogenkonsum ??	
☐		
☐	Schwangerschaft ?? (welche SS-Woche ??)	
☐		
☐	Zahnzusatzversicherung vorhanden?	
☐		

zusätzliche Erkrankungen?

regelmäßige Medikamenteneinnahme ?? Medikamentenplan bitte vorlegen !!

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Antworten! Des weiteren möchten wir Sie darauf aufmerksam machen, das wir minderjährige Patienten nur in Begleitung eines Erziehungsberechtigten behandeln und beraten dürfen.

Datum, Unterschrift Patient (& Vertreter bzw. Erziehungsberechtigter)

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!