

ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten bei der Beantwortung haben, helfen wir Ihnen gerne.

Bitte füllen Sie nachfolgende Felder aus bzw. kreuzen Sie Zutreffendes an und bringen Sie den ausgefüllten Anamnesebogen mit zur Behandlung.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname **Patient:**

Geburtsdatum und -ort:

Name, Vorname der **Erziehungsberechtigten / gesetzlichen Vertreter** (soweit anwendbar):

Anschrift:

Telefon:

Mobil:

E-Mail (optional):

Name, Vorname der **versicherten Person** (wenn abweichend):

Geburtsdatum und -ort:

Anschrift der **versicherten Person:**

ANAMNESEBOGEN

Dr. Christiane Ehlgen – Praxis für Zahnmedizin

VERSICHERUNGSBEZOGENE ANGABEN

Krankenkasse / Versicherung:

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert
- Private Zusatzversicherung
- Beihilfeberechtigt
- Basistarif / Standardtarif

GESUNDHEITSBEZOGENE ANGABEN

1. Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? Ja Nein

3. Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar)? Wenn ja, welche? Ja Nein

4. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Wenn ja, welche? Ja Nein

5. Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein
6. Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?
 - Bei bestimmten Materialien? Ja Nein
 - Bei bestimmten Arzneimitteln? Ja Nein
 - Bei bestimmten Nahrungsmitteln? Ja Nein
7. Haben Sie eine...
 - Penicillinallergie? Ja Nein
 - Jodallergie? Ja Nein
 - Latexallergie? Ja Nein

ANAMNESEBOGEN

Dr. Christiane Ehlgen – Praxis für Zahnmedizin

8. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? Wenn Ja, welche? Ja Nein

– Angeborener oder erworbener Herzfehler? Ja Nein

– Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese? Ja Nein

– Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? Ja Nein

– Herzoperationen? Ja Nein

– Haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

9. Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?

– Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, Aids)? Ja Nein

– Lebererkrankungen? Ja Nein

– Zu hoher Blutdruck? Ja Nein

– Zu niedriger Blutdruck? Ja Nein

– Schlaganfall? Ja Nein

– Nierenerkrankungen? Ja Nein

– Diabetes? Ja Nein

– Magen-Darmerkrankung? Ja Nein

– Schilddrüsenerkrankung? Ja Nein

– Ohnmachtsneigung? Ja Nein

– Osteoporose? Ja Nein

– Rheumatismus / rheumatisches Fieber? Ja Nein

– Asthma / Lungenerkrankungen? Ja Nein

– Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen? Ja Nein

– Nervenerkrankungen? Ja Nein

– Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)? Ja Nein

– Sonstige Erkrankungen? Wenn Ja, welche? Ja Nein

10. Sind Sie im letzten Jahr operiert worden? Wenn ja, in welchem Körperbereich? Ja Nein

ANAMNESEBOGEN

Dr. Christiane Ehlgen – Praxis für Zahnmedizin

11. Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich? Ja Nein
12. Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen? Ja Nein
13. Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf? Ja Nein
14. Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden? Ja Nein
15. Wann sind Sie das letzte Mal **geröntgt** worden? In welchem Körperbereich?

16. Besteht eine **Schwangerschaft**? Wenn ja, in welchem Monat? Ja Nein

17. **Raucher**? Wenn ja, Anzahl Zigaretten täglich? Ja Nein

18. **Pflegegrad** (§ 15 SGB XI)? Wenn ja, welcher Pflegegrad? Befristung? Ja Nein

19. **Eingliederungshilfe** (§ 53 SGB XII)? Befristung? Ja Nein

20. Name und Anschrift Ihres **Hausarztes**

21. **Bitte beachten Sie die folgenden Hinweise zur Lokalanästhesie:**

Nach einer örtlichen Betäubung im Mund-, Gesichts- und Kieferbereich kann Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein!

ANAMNESEBOGEN

Dr. Christiane Ehlgen – Praxis für Zahnmedizin

BESTÄTIGUNG DER ANGABEN

Ich bestätige, vorstehende Angaben zutreffend nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Außerdem habe ich die Patienteninformation zum Datenschutz erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

ERNEUTE BESTÄTIGUNG DER ANGABEN

BITTE NICHT UNTERZEICHNEN BEI ERSTMALIGEM AUSFÜLLEN

Nach erneuter Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorstehenden Angaben heute noch aktuell sind.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Nach erneuter Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorstehenden Angaben heute noch aktuell sind.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Nach erneuter Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorstehenden Angaben heute noch aktuell sind.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Nach erneuter Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorstehenden Angaben heute noch aktuell sind.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

AUFKLÄRUNG ÜBER ÖRTLICHE BETÄUBUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihre Behandlung für Sie so schmerzfrei wie möglich zu gestalten, kann es je nach Behandlungssituation individuell nötig sein, eine örtliche Betäubung vorzunehmen. Dies ist ein routinemäßiger Vorgang. Dennoch kann es zu Komplikationen kommen.

- So können z. B. durch die Verwendung der Spritze im Injektionsgebiet Blutungen und Hämatome (blaue Flecken) durch Gefäßverletzungen auftreten. Geschieht dies im hinteren Unterkieferbereich, kann dies unter Umständen zu einer vorübergehenden Einschränkung der Mundöffnung führen.
- Ferner können Kreislauf- oder allergische Reaktion auftreten. Bitte informieren Sie uns darum auch über Allergien und andere allgemeine Erkrankungen (Herz-Kreislauf, Diabetes, Asthma, etc.), soweit diese bekannt sind.
- Durch die Injektion ist in sehr seltenen Fällen eine Schädigung des Unterkiefer-Nerven möglich. Im Unterkiefer führt dies zu Gefühlsstörungen im Lippen- oder Zungenbereich. Diese bilden sich in der Regel nach wenigen Wochen wieder zurück. Nur in sehr seltenen Fällen können permanente Sensibilitätsstörungen auftreten.
- Nach einer Behandlung unter lokaler Betäubung kann Ihre Reaktionsfähigkeit und somit Ihre Verkehrstauglichkeit eingeschränkt sein. Bitte berücksichtigen Sie diese bei Ihrem Zahnarztbesuch und lassen Sie sich ggf. nach Hause fahren.
- Ferner möchten wir Sie darum bitten, mit dem Kauen von Speisen und dem Verzehr von heißen Getränken zu warten, bis das Gefühl wieder vollständig zurückgekehrt ist. Dies sollte in den nächsten 2 bis 4 Stunden nach der Injektion geschehen. Die Gefahr von Verletzungen wäre zu groß. Aus diesem Grund möchten wir die Diabetiker unter Ihnen darauf hinweisen, bitte vor der Behandlung ausreichend zu essen.
- Bitte teilen Sie uns mit, wenn Sie in der Vergangenheit schon einmal Probleme in Verbindung mit einer örtlichen Betäubung während einer zahnärztlichen Behandlung hatten.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Aufklärung verstanden habe. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Die EU-Datenschutzgrundverordnung (DSVGO) ist ab dem 25.05.2018 in der gesamten Europäischen Union anwendbar und sorgt für eine einheitliche Regelung zum Schutz von personenbezogenen Daten.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutzgrundverordnung („**DSGVO**“) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in Bezug auf Ihre personenbezogenen Daten haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisinhaberin	Dr. Christiane Ehlgen
Praxisadresse	Jasminstraße 09 65207 Wiesbaden-Naurod
Telefon	06127 61468
Telefax	06127 968638
E-Mail	info@zahnarztpraxis-ehlgen.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem behandelnden Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten, einschließlich der Abrechnung, zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte/Zahnärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Zahnärzte, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z. B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte/Zahnärzte, zahntechnische Labore, Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Krankenversicherungen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Zahnärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

PATIENTENINFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ

Dr. Christiane Ehlgen – Praxis für Zahnmedizin

Die Übermittlung erfolgt zum Zwecke der Durchführung und Koordination der zahnärztlichen Behandlung, der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung und Abrechnung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut § 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Aufsichtsbehörde	Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Adresse	Postfach 3163 65021 Wiesbaden
Telefon	0611 1408 – 0
Telefax	0611 1408 – 611

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten sind Artikel 6 Absatz 1 lit. b), Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Dr. Christiane Ehlgen
Praxis für Zahnmedizin