

## Zahnarztpraxis Dr. Rolf-Peter Strobel, M.A.

### Anmeldebogen mit Anamnese

Datum: \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse vollständig. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich! Die "Information zur Erhebung personenbezogener Daten" ist in der Praxis und auf der Praxishomepage einsehbar.

Patientenname: _____	Wer ist Versicherter? (z.B. Ehepartner, Eltern, etc.)
Vorname + ggf. Titel: _____	Name: _____
Geburtsdatum: _____	Vorname: _____
Geburtsort: _____	Geburtsdatum: _____
Straße: _____	Adresse: _____
Hausnr.: _____	Wer soll die Rechnung erhalten?
PLZ, Ort: _____	<input type="radio"/> Patient <input type="radio"/> Versicherter
Tel. Mobil:* _____	<input type="radio"/> Andere: _____
Tel. Privat:* _____	Ihr Hausarzt:* _____
Tel. Arbeitsplatz:* _____	in (Ort):* _____
Arbeitgeber:* _____	
Krankenkasse: _____	pfl. versichert: <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein

(\*freiwillige Angabe)

Zutreffendes bitte ankreuzen / ausfüllen:

1. Haben Sie zu  hohem oder  zu niedrigem Blutdruck?  ja /  nein
2. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens (z. B. Herzfehler, Endokarditis)?  ja /  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
3. Haben sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator?  ja /  nein
4. Nehmen sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar, Aspirin)?  ja /  nein
5. Haben Sie eine Endoprothese? (künstliches Hüft-, Knie-, Schultergelenk, etc.)  ja /  nein  
-> wenn ja, seit wann? OP-Datum ca.: \_\_\_\_\_
6. Haben Sie Osteoporose oder eine Tumorerkrankung?  ja /  nein  
Und nehmen Sie oder haben Sie in den letzten 10 Jahren deswegen Bisphosphonate bekommen?  ja /  nein  
Wenn ja, von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_, per  Infusion oder  in Tablettenform?
7. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? Ggf. aktuelle Medikamentenliste beifügen.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?  ja /  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Wurde bei Ihnen eine Unverträglichkeit auf lokale Betäubungsmittel festgestellt?  ja /  nein
10. Leiden Sie unter regelmäßigen Kopfschmerzen und / oder Verspannungen?  ja /  nein

## Zahnarztpraxis Dr. Rolf-Peter Strobel, M.A.

11. Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?  ja /  nein
- Zuckerkrankheit (Diabetes Typ \_\_\_\_ )  ja /  nein
  - Erkrankung des Blutes (z. B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen)  ja /  nein
  - Allergien (z.B. auf Penizillin)?  ja /  nein  
-> Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
  - Schilddrüsenerkrankung  ja /  nein
  - Asthma/Lungenerkrankungen  ja /  nein
  - Nervenerkrankung  ja /  nein
  - Lebererkrankung (Hepatitis Typ \_\_\_\_ )  ja /  nein
  - Rheuma/rheumatisches Fieber  ja /  nein
  - Nierenerkrankung  ja /  nein
  - Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)  ja /  nein
  - Magen-Darmerkrankung  ja /  nein
  - Immunschwäche (HIV)  ja /  nein
  - Prionenerkrankungen (Creutzfeldt-Jakob-Krankheit oder Variante der Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung)  ja /  nein
12. Bestehen z. Zt. sonstige Erkrankungen?  ja /  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. Haben Sie einen Pflegegrad? Wenn ja, bitte Nachweis bringen.  ja /  nein  
ggf. gesetzlicher Vertreter: \_\_\_\_\_
14. Für Patientinnen: Sind Sie schwanger oder stillen Sie?  ja /  nein  
Wenn schwanger ja, in der \_\_\_\_ . Schwangerschaftswoche
15. Wann wurden Sie zum letzten Mal beim Zahnarzt geröntgt?  
ca. Angabe (Monat / Jahr): \_\_\_\_\_  
in der Zahnarztpraxis: \_\_\_\_\_
16. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? Ca.: \_\_\_\_\_ Stück  ja /  nein\*
17. Wer soll im Falle eines Notfalls informiert werden? Name: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ \*
- (\*freiwillige Angabe)

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Freiburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter

## Zahnarztpraxis Dr. Rolf-Peter Strobel, M.A.

### Einverständniserklärung

Unsere Praxis prüft regelmäßig bei Vertragsabschlüssen und in bestimmten Fällen, in denen berechtigtes Interesse vorliegt, Ihre Bonität. Dazu arbeiten wir mit der Creditreform (Creditreform Freiburg Zimmermann KG, Jacob-Burckhardt-Str. 15-17, 79098 Freiburg) zusammen, von der wir die dazu benötigten Daten erhalten. Zu diesem Zweck übermitteln wir Ihren Namen und Ihre Kontaktdaten an die Creditreform weiter. Ebenfalls leiten wir im Falle eines Zahlungsverzuges Ihre persönlichen Daten an die Creditreform Freiburg weiter, um nachfolgend das Inkassoverfahren einzuleiten. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung bei Creditreform erhalten Sie unter [www.creditreform-freiburg.de/EU-DSGVO](http://www.creditreform-freiburg.de/EU-DSGVO).

Ich willige ein, sollte es zu einer Bonitätsanfrage oder einem Zahlungsverzug kommen, dass meine persönlichen Daten an die Creditreform Freiburg weitergeleitet werden, um nachfolgend die Bonitätsauskunft für die Praxis Dr. Strobel zu erhalten oder das Inkassoverfahren durch die Creditreform Freiburg einzuleiten. Ich kann jederzeit die Einverständniserklärung für die Zukunft widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / gesetzl. Vertreter / Erziehungsberechtigter

Sie können sich von uns an die jährliche Vorsorgeuntersuchung erinnern lassen. Wir schicken Ihnen dann postalisch eine Erinnerung zu, sobald die Untersuchung wieder notwendig wäre. Hierfür benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis.

Ich wünsche an die  halbjährliche /  jährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert zu werden (Recall). Ich kann jederzeit die Einverständniserklärung für die Zukunft widerrufen.  ja /  nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / gesetzl. Vertreter / Erziehungsberechtigter