

# Herzlich Willkommen

Wir bitten Sie diesen Anamnesebogen auszufüllen. Wir benötigen neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

## Patientendaten

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

(Postleitzahl) Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_ gesetzlich ( )      privat ( )

Beruf: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

## Versichertendaten ( sofern diese von den Patientendaten abweichen )

Versicherter: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

## Ihr persönlicher Gesundheitsscheck

	JA	NEIN		JA	NEIN
Herzerkrankung			Herzschrittmacher/künstl. Herzklappen		
Hoher Blutdruck			Niedriger Blutdruck		
Ohnmachtsneigung			Marcumar / Gerinnungshemmer		
Blutungsneigung / Bluterkr.			Rheuma		
Diabetes			Schilddrüsenerkrankung		
Lebererkrankung			Virusinfektion ( z.B. Hepatitis, HIV)		
Magen- / Darmerkrankung			Nierenerkrankung		
Lungenerkrankung			Asthma		
Nasen- / Nebenhöhlenerkr.			Epilepsie		
Augenerkr. (grüner o. grauer Star)			Osteoporose (Medikament?)		
Besteht eine Schwangerschaft			Sind Sie Raucher / Anzahl :		

Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Pflegegrad?  ja  nein

Wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Reagieren Sie auf bestimmte Medikamente empfindlich?  ja  nein

Wenn ja, bei welchen? \_\_\_\_\_

Sind Sie von einem anderen **Zahnarzt überwiesen** worden?

Name des Zahnarztes: \_\_\_\_\_

### Sonstiges

Die Rechnungslegung erfolgt **immer** über den Patienten. Eine **direkte** Abrechnung mit einer privaten Krankenversicherung **ist ausgeschlossen**.

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

### Erklärung zur Entbindung der Schweigepflicht über eine wiederkehrende Datenübermittlung

Hiermit entbinde ich \_\_\_\_\_

#### Nachname, Vorname

das ZMVZ Z17 Göttingen GmbH, Groner Str. 17a, Waldweg 11 37073 Göttingen von seiner Schweigepflicht gegenüber meinem Hausarzt, einem weiterbehandelnden Arzt/ Zahnarzt, dem beauftragten Dentallabor (zum Zwecke der Dienstleistung zur Diagnose), dem Labor zur Auswertung von mikrobiologischen Proben, Apotheken, Krankenhäusern, Krankenkassen/ -versicherungen, Abrechnungsgesellschaften.

An o.g. Stellen dürfen bei Bedarf Daten aus meinen Behandlungsunterlagen gesendet werden, die der jeweilige behandelnde Zahnarzt/ Zahnärztin der oben genannten Praxis für notwendig erachtet.

Darüber hinaus willige ich ein, dass mein/e Zahnärztin/Zahnarzt auf Anforderung der/des weiterbehandelnden Zahnärztin/Zahnarztes weitere Informationen über die betreffende Behandlung erteilt.

Ich bin mit der Benachrichtigung (Recall) für angeratene Zahnarzt- / Prophylaxe Besuche und der Bestätigung längerer Termine einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht und/oder das Recall - Anschreiben jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Aus organisatorischen Gründen, insbesondere der gemeinsamen Nutzung von Räumlichkeiten und der IT, ist ein vollständiger Austausch von Daten zwischen den Behandlern des ZMVZ Z17 Göttingen nötig.

Ich willige ein, dass das ZMVZ Z17 Göttingen meine erhobenen Daten verarbeitet und austauschen darf.

Diese Einwilligung betrifft auch die angestellten Mitarbeiter.

Der ausgehängten Datenschutzerklärung stimme ich ebenfalls zu.

Ort, Datum: Göttingen, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Patienten/in oder des Erziehungsberechtigten