



Informations- und Anamnesebogen für gesetzlich Versicherte

Bitte beantworten Sie die untenstehenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau.

(Zutreffendes bitte ankreuzen / unterstreichen / evtl. ergänzen)

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir Ihnen bei der Beantwortung gern behilflich. Bitte sprechen Sie uns an.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Tel. privat: _____

Tel. dienstlich: _____

E-Mail-Adresse _____

Hausarzt _____

Allgemeine Angaben und Informationen

nähere Angaben

☐ Ja ☐ Nein Für Frauen: Sind Sie schwanger?

Welcher Monat? Stillen Sie?

☐ Ja ☐ Nein Pflegegrad vorhanden?

Wenn ja, welcher?

☐ Ja ☐ Nein Einnahme gerinnungshemmender Mittel (ASS, Falithrom,...)?

☐ Ja ☐ Nein Regelmäßige Medikamente?

☐ Ja ☐ Nein Raucher / wieviel

☐ Ja ☐ Nein Alkoholkrankheit

☐ Ja ☐ Nein Drogenkonsum

Herz-Kreislaufferkrankungen

☐ Ja ☐ Nein Besitzen Sie einen Herzpass?

☐ Ja ☐ Nein Bluthochdruck

☐ Ja ☐ Nein Niedriger Blutdruck

☐ Ja ☐ Nein Herzklappenerkrankung/ -ersatz

☐ Ja ☐ Nein Herzoperationen/ Herzschrittmacher

☐ Ja ☐ Nein Herzerkrankungen/
Herzrhythmusstörungen

☐ Ja ☐ Nein Herzinfarkt, wann?

☐ Ja ☐ Nein Endokarditis

☐ Ja ☐ Nein Sonstige

Infektionserkrankungen

☐ Ja ☐ Nein Tuberkulose

☐ Ja ☐ Nein Hepatitis ☐ A ☐ B ☐ C

☐ Ja ☐ Nein AIDS / HIV +

☐ Ja ☐ Nein Sonstige

Bitte wenden!

Bitte wenden!

Allergien

nähere Angaben

☐ Ja ☐ Nein Sind Allergien bekannt?

falls ja,

Allergie gegen: ☐ Metalle (z.B. Nickel)
☐ Kunststoffanteile
(z.B. Methacrylat)
☐ Latex
☐ Lokalanästhetika / Spritzen
☐ Medikamente (z.B. Penicillin,
Schmerzmittel)
☐ andere Substanzen (z.B. Gräser,
Bienengift?)

☐ Ja ☐ Nein Besitzen Sie einen Allergiepass?

Weitere Erkrankungen

☐ Ja ☐ Nein Blutbildveränderungen
☐ Ja ☐ Nein Asthma / Atemwegserkrankungen
☐ Ja ☐ Nein Zuckerkrankheit (Diabetes)
☐ Ja ☐ Nein Anfallsleiden (Epilepsie)
☐ Ja ☐ Nein psychische Erkrankungen
☐ Ja ☐ Nein Osteoporose
☐ Ja ☐ Nein Tumorerkrankungen
☐ Ja ☐ Nein Nierenfunktionsstörungen /
Lebererkrankungen
☐ Ja ☐ Nein Schilddrüsenerkrankungen
☐ Ja ☐ Nein Sonstige

Organisatorisches:

Ist eine private Zahnzusatzversicherung vorhanden?

☐ Ja ☐ Nein Welches Unternehmen: _____

Wünschen Sie einen Recall per E-Mail? ☐ Ja ☐ Nein (→ jährliche Erinnerung an Vorsorgeuntersuchungen)

Wenn ja, senden wir Ihnen jährlich eine Nachricht mit der Bitte um Terminvereinbarung. Bitte geben Sie uns dazu umseitig Ihre E-Mail-Adresse an.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

☐ Empfehlung von Freunden/Bekannten ☐ Information beim Hausarzt ☐ Internet ☐ Überweisung
☐ Sonstiges: _____

Kenntnisnahme der Datenschutzbestimmungen:

Alle Informationen und Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes (DSGVO). Sie werden streng vertraulich behandelt. Mit der Speicherung und Verarbeitung der personenbezogenen und behandlungsrelevanten Daten, ggf. Übermittlung an Auftragnehmer (z.B. Dentallabore) erklären Sie sich hiermit einverstanden. Sie können diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen. Die behandlungsrelevanten Daten unterliegen gesetzlicher Aufbewahrungsfristen. Ein Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung. Die ausführliche Datenschutzerklärung unserer Praxis können Sie auf Nachfrage gern einsehen.

Verantwortlich: Dr. Roman Pönisch, Otto-Harzer-Straße 30, 01156 Dresden, Tel: 0351/412 93 23

Ich verpflichte mich, Sie über alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, entsprechend zu informieren.

Dresden, den _____ Unterschrift _____