

# Anamnesebogen

Zahnarztpraxis  
Dr. Francisc M. Blistyar



**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
sehr geehrte Eltern, liebe Kinder!**

Wir freuen uns sehr, Sie in unserer Zahnarztpraxis begrüßen zu dürfen.

Vor der eigentlichen Behandlung benötigen wir einige allgemeine Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrem Gesundheitsstatus, da diese mitunter relevant für die folgenden Behandlungen sein können. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte füllen Sie alle Felder gewissenhaft aus. Bei Fragen oder Unklarheit, sprechen Sie uns gerne an!

Ihr Praxisteam Dr. Blistyar

## Kontaktdaten

Name:

\_\_\_\_\_

Vorname:

\_\_\_\_\_

Straße & Haus-Nr.:

\_\_\_\_\_

PLZ & Ort:

\_\_\_\_\_

Telefon privat:

+49

\_\_\_\_\_

Telefon mobil: (WICHTIG für **SMS-Termin-Erinnerungen** s. Seite 3)

+49

\_\_\_\_\_

E-Mail: (WICHTIG für **Recall / digitalen Rechnungsversand** s. Seite 3)

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_

## Versicherungsstatus:

Sind sie gesetzlich versichert?

n  j

Sind Sie privat versichert?

n  j

→ Handelt es sich um einen Basistarif\*?

n  j

→ Erhalten Sie Beihilfe?

n  j

Sind Sie Familienversichert?

n  j

wenn ja: Wer ist der/die Versicherte?

Name:

\_\_\_\_\_

Vorname:

\_\_\_\_\_

Straße & Haus-Nr.:

\_\_\_\_\_

PLZ & Ort:

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

n  j

wenn ja: Tarif & Versicherungsgesellschaft?

\_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie folgenden Hinweis:** Wir möchten all unsere Patientinnen und Patienten umfassend und ohne Zeitdruck behandeln und planen daher stets ausreichend Zeit für Sie und Ihre Behandlung ein. Daher bitten wir Sie, falls Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, diesen rechtzeitig (min. einen Werktag vorher) abzusagen. Bei Nichterscheinen (ohne rechtzeitige Absage oder nachweisbaren triftigen Grund), erlauben wir uns für den Fall, dass in dieser Zeit kein(e) andere(r) Patient/in behandelt werden kann, eine **Ausfallgebühr in Höhe von 100€** für die an diesem Termin geplanten Leistungen zu berechnen.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.  
Der Regelung zur Berechnung einer o.g. Ausfallgebühr bei Nichterscheinen stimme ich zu.**

Ort, Datum

Unterschrift (des/der Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen)

\* **Hinweis zum Basistarif der privaten Krankenversicherungen:** Versicherte im Basistarif/Standardtarif sind privat versicherte mit eingeschränktem Leistungsniveau. Hiermit wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine Erstattung für bestimmte Vergütungen, die den Faktor 2,0 überschreiten, durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

**Bitte Folgeseiten beachten! - Seite 1 von 3**

# Anamnesebogen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Werden **Medikamente** eingenommen (z.B. Gerinnungshemmer, Schmerzmittel, Antidiabetika, Herz-Kreislauf-Medikamente, Blutdrucksenker, Hormonpräparate („Pille“), Beruhigungsmittel)? Wenn ja, welche?

n  j

---

---

---

Wird/wurde eine Behandlung mit **Antiresorptiva** (z.B. **Bisphosphonaten** bei Osteoporose o. Tumoren) durchgeführt?

n  j

Besteht eine **Allergie** (z.B. Medikamente [Schmerzmittel, Antibiotika], Betäubungsmittel, Kontrastmittel, Kunststoffe, Latex, Jod, Desinfektionsmittel)? Wenn ja, welche?

n  j

---

Besteht eine **Blutungsneigung** (wie z.B. häufiges Nasebluten, blaue Flecken, Nachblutungen nach Operationen)?

n  j

Besteht eine **Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, AIDS, Tuberculose)? Wenn ja, welche?

n  j

---

Besteht/bestand eine **Herz-Kreislauf-Erkrankung** (z.B. koronare Herzkrankheit, Bluthochdruck, Rhythmusstörungen, Schlaganfall, Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzmuskelentzündung, Klappenfehler)? Wenn ja, welche?

n  j

---

Besteht ein **Endokarditisrisiko** (Herzinnenhaut-Entzündung)?

n  j

Kam es schon einmal zu einem **Gefäßverschluss durch Blutgerinnsel** (Thrombose/Embolie)?

n  j

Besteht eine **Stoffwechselerkrankung** (z.B. Diabetes, Gicht)? Wenn ja, welche?

n  j

---

Besteht eine **Schilddrüsenerkrankung** (Über-/ Unterfunktion, Kropf, Morbus Hashimoto)? Wenn ja, welche?

n  j

---

Besteht eine **Erkrankung des Nervensystems** (Krampfleiden/Epilepsie, Parkinson, Lähmungen, Gefühlsstörungen, Polyneuropathie)? Wenn ja, welche?

n  j

---

Besteht eine **Augenerkrankung** (z.B. grauer/grüner Star)? Wenn ja, welche?

n  j

---

Bestehen **weitere Erkrankungen**? Wenn ja, welche?

n  j

---

Befinden sich **Implantate** (z.B. Zähne, künstliche Gelenke, Schrittmacher, Herzklappen, Stents, Silikon) in Ihrem Körper? Wenn ja, welche?

n  j

---

Wurde bei Ihnen schon einmal eine **örtliche Betäubung** (z.B. beim Zahnarzt) durchgeführt?

n  j

Gab es hierbei **Komplikationen**? Wenn ja, welche?

n  j

---

Kam es bei **zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen** schon einmal zu **Komplikationen**? Wenn ja, welche?

n  j

---

Wurden Sie schon einmal im Bereich der **Zähne oder des Kopfes geröntgt**? Wenn ja, wann und wo?

n  j

---

Zusatzfragen für Frauen:  
Könnten Sie aktuell **schwanger** sein?

n  j

**Stillen** Sie aktuell?

n  j

---

Ort, Datum

Unterschrift

# Datenschutzerklärung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Zahnarztpraxis  
Dr. Francisc M. Blistyar



## **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern!**

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre **Gesundheitsdaten**. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies erforderlich und gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. **Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten** können vor allem andere Zahnärzte, Ärzte oder Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden, Zahntechniker, die Kassenzahnärztliche Vereinigung, Beihilfestellen, private Krankenversicherungen, gesetzliche Krankenkassen, Gutachter, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, die Zahnärztekammer und privat(zahn)ärztliche Verrechnungsstellen sowie Steuerberater und die Finanzverwaltung sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zur Abstimmung von zahnmedizinischen und interdisziplinären Sachverhalten in Bezug auf Ihre allgemeine oder zahnbezogene Gesundheit, zur Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von Fragen, die sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergeben, sowie ggf. erforderlichenfalls durch Vorlage von Dokumenten, die Ihre Daten beinhalten, beim Steuerberater bzw. bei der Finanzverwaltung.

Zusätzlich erklären Sie mit Ihrer Unterschrift, dass wir als Zahnarztpraxis Sie weiterhin **zu Behandlungszwecken kontaktieren** dürfen (telefonisch, per E-Mail, Fax, per Post (auch Postkarten) o.ä.).

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung Ihrer Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften ergeben sich ggf. längere Aufbewahrungsfristen, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

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.

### **Ihr Einverständnis kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.**

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.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Sind Sie ausdrücklich damit einverstanden, dass Sie

**per SMS an Ihre vereinbarten Termine erinnert werden?**

➔  nein  ja

Sind Sie ausdrücklich damit einverstanden, dass Sie per Post, Telefon oder E-Mail

**an Ihre Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden?**

➔  nein  ja

Sind Sie ausdrücklich damit einverstanden, dass Sie **Rechnungen oder andere**

**Dokumente per E-Mail erhalten?** (bitte E-Mail-Adresse auf Seite 1 angeben!)

➔  nein  ja

Zudem erklären Sie sich einverstanden, dass die von Ihnen **erhobenen Befunde und Behandlungsdaten** an den/die nachfolgend von Ihnen angegebenen **Arzt/Ärzte übermittelt** werden. Ferner dürfen **therapierelevante Befunde**, die für die zahnärztliche Behandlung erforderlich sind, **angefordert und gespeichert** werden.

**Hausarzt** (Name und Ort):

**Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, obenstehende Einverständniserklärung zu akzeptieren und vollständig verstanden zu haben. Falls nicht anders vereinbart, verzichten Sie auf eine Kopie der Einverständniserklärung.**

Ort, Datum

Unterschrift (des/der Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen)