

**MVZ Dentalzentrum Plus GmbH**  
**Wilmsdorfer Straße 112**  
**10627 Berlin**

**Anamnesebogen**

Liebe/r Patient/in,

bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung darauf abstimmen zu können. Deshalb bitten wir Sie, den nachstehenden Fragebogen sorgfältig und wahrheitsgemäß auszufüllen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Beachten Sie auch unsere Hinweise am Ende dieses Fragebogens.

**Patient:**

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

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

Telefon/Handy: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Gesetzliche Krankenkasse  Private Krankenkasse  Standard-/Basistarif  zusatzversichert  vollversichert  
 Beihilfe  Pflegegrad  ja/nein  wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

**Versicherter, Elternteil, gesetzlicher Vertreter:**

Falls Sie über Jemanden (mit-)versichert sind, benötigen wir kurz folgende Angaben:

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

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

## Allgemeinmedizinische Auskünfte:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (Welche?):

\_\_\_\_\_

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? (Welche?) \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger? (Welcher Monat?) \_\_\_\_\_

| <b>Leiden oder litten Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?</b>          | <b>ja</b>                | <b>nein</b>              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschwäche)<br>Wenn ja: welche? _____      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie einen Herzschrittmacher?                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kreislaufkrankungen (hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall)<br>Wenn ja: welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutkrankheiten (Blutarmut, Gerinnungsstörungen)<br>Wenn ja: welche? _____                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stoffwechselstörungen (Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen)<br>Wenn ja: welche? _____         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infektionskrankheiten (Aids, Hepatitis B, Tbc)<br>Wenn ja: welche? _____                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergien (Heuschnupfen, Asthma, Neurodermitis)<br>Wenn ja: welche? _____                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gehirn- und Nervenerkrankungen (Anfallsleiden, Depression)<br>Wenn ja: welche? _____         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erkrankungen des Bewegungsapparates (Rheuma)                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankungen                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Erkrankungen (Welche?) _____                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie?                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trinken Sie mehrfach pro Woche Alkohol?                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Konsumieren Sie regelmäßig oder gelegentlich Drogen?                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Zahnmedizinische Auskünfte</b>                                                            | <b>ja</b>                | <b>nein</b>              |
| Sind Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt worden?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Treten bei Ihnen Schmerzen oder Knackgeräusche im Kiefergelenk auf?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert mit.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass das Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer Lokalanästhesie eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns diese Aufklärung sowie die wahrheitsgemäßen Angaben der Anamnese, nachfolgend durch Ihre Unterschrift zu bestätigen:

Berlin, \_\_\_\_\_

Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Gesetzlichen Vertreters

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

|                                      | ja                       |
|--------------------------------------|--------------------------|
| Homepage                             | <input type="checkbox"/> |
| Google                               | <input type="checkbox"/> |
| Doctolib                             | <input type="checkbox"/> |
| Facebook                             | <input type="checkbox"/> |
| Instagram                            | <input type="checkbox"/> |
| Bus-Werbung                          | <input type="checkbox"/> |
| S-Bahn-Werbung                       | <input type="checkbox"/> |
| U-Bahn-Werbung                       | <input type="checkbox"/> |
| Plakatwerbung                        | <input type="checkbox"/> |
| Radio                                | <input type="checkbox"/> |
| Zeitung                              | <input type="checkbox"/> |
| Außendarstellung Praxis              | <input type="checkbox"/> |
| zufällig                             | <input type="checkbox"/> |
| Empfehlung                           | <input type="checkbox"/> |
| Überweisung durch einen anderen Arzt | <input type="checkbox"/> |
| Flyer / Wurfsendung                  | <input type="checkbox"/> |
| Frau Dr. Schultze                    | <input type="checkbox"/> |
| Jameda                               | <input type="checkbox"/> |

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## **Hinweise zu unserem Praxisservice und Praxisablauf:**

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vorher, Ihre Verhinderung anzuzeigen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann. Anderenfalls müssen wir Ihnen ggf. ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen.

Um unseren Patienten regelmäßige Kontrolluntersuchungen zu erleichtern, bieten wir die Teilnahme an unserem sog. Recall-Service an. Sie werden von uns halbjährlich angeschrieben, um Sie an die Vereinbarung eines Kontrolltermins zu erinnern. Sollten Sie keine Teilnahme an diesem Service wünschen, vermerken Sie dies bitte hier:

Ich wünsche keine Teilnahme an dem Recall-Service:

Aus Gründen der ärztlichen Schweigepflicht und im Interesse eines reibungslosen Ablaufes Ihrer Behandlung und unserer Verwaltung möchten wir sicherstellen, dass Rechtsbeziehungen ausschließlich zwischen unserer Praxis und Ihnen als unserem Patienten und Partner des Behandlungsvertrages bestehen. Aus diesem Grunde bitten wir Sie, nachfolgende Abtretungsvereinbarung zu unterzeichnen.

Sämtliche Ansprüche, die aus dem zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten jeweils getroffenen Behandlungsvertrag resultieren, werden von dem Patienten/Zahlungspflichtigen an Dritte weder abgetreten noch verpfändet.

Berlin, \_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Gesetzlichen Vertreters

### **Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung** für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Ich bin darüber informiert, dass von der Praxis meine personenbezogenen Behandlungsdaten elektronisch gespeichert werden. Mit meiner Unterschrift stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Berlin, \_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Gesetzlichen Vertreters