

## Anamnesefragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen vollständig **durch Ankreuzen**. Die freigehaltenen Textzeilen vervollständigen sie bitte handschriftlich.

|                                                                                                                 |                                                                            |              |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------|------|
| Name, Vorname des Versicherten (bei Familienversicherter) , aktuelle Adresse                                    |                                                                            | Geburtsdatum |      |
| Sind Sie privat versichert?                                                                                     |                                                                            | Ja           | Nein |
| Sind Sie beihilfeberechtigt?                                                                                    |                                                                            | Ja           | Nein |
| Haben Sie eine private Zusatzversicherung?                                                                      |                                                                            | Ja           | Nein |
| Wer ist der behandelnde Allgemeinarzt? _____                                                                    |                                                                            | Tel.: _____  |      |
| Leiden Sie an                                                                                                   | - Allergien (z.B. Penicillin, Schmerzmittel, Lokalanästhesien?)            | Ja           | Nein |
|                                                                                                                 | - Neurodermitis                                                            | Ja           | Nein |
|                                                                                                                 | - Anfallsleiden (Epilepsie)?                                               | Ja           | Nein |
|                                                                                                                 | - Atemwegs- oder Lungenerkrankungen (Asthma)?                              | Ja           | Nein |
|                                                                                                                 | - Blutgerinnungsstörungen?                                                 | Ja           | Nein |
|                                                                                                                 | - Diabetes ( Typ 1; Typ 2)?                                                | Ja           | Nein |
|                                                                                                                 | Letzter HbA1c? _____ Wann? _____                                           |              |      |
|                                                                                                                 | - einem Glaukom (erhöhter Augeninnendruck)?                                | Ja           | Nein |
|                                                                                                                 | - Tinnitus                                                                 | Ja           | Nein |
|                                                                                                                 | - einer Erkrankung der blutbildenden Organe?                               | Ja           | Nein |
| Milz <input type="checkbox"/>                                                                                   | Knochenmark <input type="checkbox"/> Lymphknoten <input type="checkbox"/>  |              |      |
| Haben/ hatten Sie eine(n)                                                                                       |                                                                            |              |      |
|                                                                                                                 | - Herzinsuffizienz?                                                        | Ja           | Nein |
|                                                                                                                 | - Herzinfarkt (Wie viele, wann)? _____                                     | Ja           | Nein |
|                                                                                                                 | - Angina pectoris?                                                         | Ja           | Nein |
|                                                                                                                 | - Rhythmusstörung?                                                         | Ja           | Nein |
|                                                                                                                 | - Schrittmacher?                                                           | Ja           | Nein |
|                                                                                                                 | - Klappenfehler/ -ersatz?                                                  | Ja           | Nein |
| Benötigen sie eine antibiotische Behandlung bei Operationen, Zahnstein entfernen, professionelle Zahnreinigung? |                                                                            | Ja           | Nein |
| Haben Sie hohen Blutdruck ?                                                                                     |                                                                            | Ja           | Nein |
| - niedrigen Blutdruck ?                                                                                         |                                                                            | Ja           | Nein |
| Haben oder hatten Sie                                                                                           |                                                                            |              |      |
|                                                                                                                 | - eine Infektionskrankheit: Hepatitis, Aids, TBC, andere ?                 | Ja           | Nein |
|                                                                                                                 | - eine andere Lebererkrankung?                                             | Ja           | Nein |
|                                                                                                                 | - eine Nierenerkrankung, sind Sie Dialysepatient?                          | Ja           | Nein |
|                                                                                                                 | - eine Schilddrüsenerkrankung? Erhielten Sie eine <b>Radio-Jodtherapie</b> | Ja           | Nein |
|                                                                                                                 | - Osteoporose/ Arthritis/ Rheuma?                                          | Ja           | Nein |
|                                                                                                                 | - eine Tumorerkrankung?                                                    | Ja           | Nein |
| Falls ja: nehmen oder nahmen Sie je eines der folgenden Medikamente                                             |                                                                            |              |      |
| O Aredia, O Pamifos, O Fosamax, O Fosavance, O Aclasta, O Zometa                                                |                                                                            |              |      |
| - Probleme bei früheren Operationen?                                                                            |                                                                            | Ja           | Nein |
| - Angst/ Atemnot/ Ohnmachten bei zahnärztl. Behandlungen                                                        |                                                                            | Ja           | Nein |
| Sonstige Erkrankungen? _____                                                                                    |                                                                            | Ja           | Nein |
| Mussten Sie sich in letzter Zeit Operationen unterziehen?                                                       |                                                                            | Ja           | Nein |
| Wenn ja, welchen? _____                                                                                         |                                                                            |              |      |

Medikamente + Nahrungsergänzung (Wellnessprodukte, z.B. Ginkgo, magensäurereduzierende Medikamente)?

Wann war das letzte **zahnärztliche** Röntgen (Übersichtsaufnahme, Einzelbild, wo?)

|                                                             |    |      |
|-------------------------------------------------------------|----|------|
| Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter lokaler Betäubung? | Ja | Nein |
| Rauchen Sie (Wie viele)? _____                              |    |      |

|                                               |    |      |
|-----------------------------------------------|----|------|
| Besteht Interesse an einer Raucherentwöhnung? | Ja | Nein |
| Besteht eine Drogen- oder Alkoholsucht?       | Ja | Nein |
| Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?         | Ja | Nein |
| Haben Sie Kinder?                             | Ja | Nein |
| Wenn ja: Wieviele? Alter? _____               |    |      |

Kinder: Welches Fluorpräparat verwenden Sie (Salz, Spülung, Tabletten, Paste)? \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                    |             |               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------|
| Wie oft täglich? _____                                                                                                             |             |               |
| Haben Sie eine Parodontosebehandlung bekommen? Wann? _____                                                                         | Ja          | Nein          |
| Betreiben Sie Sport?                                                                                                               | Ja          | Nein          |
| Wenn ja, welchen? _____                                                                                                            |             |               |
| Zahnärztliche Anamnese:                                                                                                            |             |               |
| Leiden Sie unter Mundtrockenheit?                                                                                                  | Ja          | Nein          |
| Sind Sie mit dem Zustand Ihres Gebisses zufrieden?                                                                                 | Ja          | Nein          |
| Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?                                                                                            | Ja          | Nein          |
| Waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung?                                                                                      | Ja          | Nein          |
| Waren Sie in logopädischer Behandlung?                                                                                             | Ja          | Nein          |
| Wenn ja, sind Sie mit der bisherigen Behandlung und deren Ergebnis zufrieden?                                                      | Ja          | Nein          |
| Haben Sie bzw. tragen sie eine Aufbisschiene?                                                                                      | Ja          | Nein          |
| Tragen Sie Zahnersatz ? Seit: _____                                                                                                |             |               |
| Wenn ja, Material? : 0 Keramik, 0 Kunststoff, 0 Hochgold, 0 NEM, 0 Titan                                                           | Festsitzend | herausnehmbar |
| Sind Sie sich bewusst oder ist Ihnen gesagt worden, dass Sie sogenannte Parafunktionen mit Ihrem Gebiss oder Kiefergelenk ausüben? | Ja          | Nein          |
| Haben Sie Beschwerden an Ihrer Gesichts-, Hals- oder Kaumuskulatur?                                                                | Ja          | Nein          |
| Haben Sie Schmerzen am Kiefergelenk?                                                                                               | Ja          | Nein          |
| Haben Sie Schmerzen - an der Wirbelsäule?                                                                                          | Ja          | Nein          |
| - an den Halswirbeln?                                                                                                              | Ja          | Nein          |
| - an den Brustwirbeln?                                                                                                             | Ja          | Nein          |
| - an den Lendenwirbeln?                                                                                                            | Ja          | Nein          |
| Leiden Sie häufig unter                                                                                                            | Ja          | Nein          |
| - Kopfschmerzen?                                                                                                                   | Ja          | Nein          |
| - Verspannungen der Nackenmuskulatur?                                                                                              | Ja          | Nein          |
| Wissen Sie, was unter zahnärztlicher Prophylaxe zu verstehen ist?                                                                  | Ja          | Nein          |
| Möchten Sie zu diesem Thema beraten werden?                                                                                        | Ja          | Nein          |
| Haben Sie ein Bonusheft?                                                                                                           | Ja          | Nein          |
| Möchten Sie per SMS an den nächsten Termin erinnert werden?                                                                        | Ja          | Nein          |
| Falls ja, bitte Handynummer angeben: _____                                                                                         |             |               |
| Ist Schnarchen bei Ihnen zu Hause ein Problem ?                                                                                    | Ja          | Nein          |

Sie können nicht mehr ruhig schlafen ? \_\_\_\_\_

Welche Blutgruppe haben Sie : \_\_\_\_\_

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi.

Ferner setzen wir Sie davon in Kenntnis, dass Termine, die versäumt werden, mit 25,- € pro 20 Min/angesetzter Behandlungszeit in Rechnung gestellt werden.

Name, Vorname des Patienten , Geburtsdatum, Geburtsort, **aktuelle Adresse**, Tel..+ Handy-Nummer

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

eingescannt . Nr. :

DSGVO:



Name, Vorname und Anschrift der Patientin/des Patienten

Geburtsdatum

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Stellung zur Patientin/zum Patienten:

Elternteil\*\*    Betreuer/-in    Ehegattin/-gatte

oder

\* Bei gemeinsamem Sorgerecht wird die nachstehende  
Erklärung auch im Namen des anderen Elternteils  
abgegeben.

Pflichtfeld – per Hand ausfüllen oder per EDV bedrucken

Haben sich Ihre Daten geändert? Sprechen Sie uns bitte an.

## Einverständniserklärung

### Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zur Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe), an die DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH (DZR) und der dort vorzunehmenden Verarbeitung dieser Daten.
- möglichen Einholung einer Information durch DZR bei einer Auskunft zur Prüfung meiner Bonität. Die Praxis und/oder DZR teilen auf Nachfrage Name und Adresse der Auskunft mit.
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an DZR.
- im Rahmen der Refinanzierung erfolgenden Weiterabtretung der Forderungen durch DZR an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank e. G., Düsseldorf (apoBank).

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass DZR die Leistungen meiner Praxis mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für sich geltend machen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderungen unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Zahnärztin/Ärztin, der Zahnarzt/Arzt in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden.

Ich entbinde meine Zahnärztin/Ärztin, meinen Zahnarzt/Arzt sowie DZR von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung, Prüfung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist; auch zugunsten der apoBank.

Diese Zustimmung kann jederzeit – allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft – widerrufen werden. Der Widerruf ist entweder gegenüber der Praxis oder DZR zu erklären.

Umseitige Informationen zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort/Datum

**DZR** Deutsches  
Zahnärztliches  
Rechenzentrum

DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH  
Marienstraße 10 | 70178 Stuttgart

X

**Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzl. Vertreter/-in\*  
und ggf. abweichende/-r Rechnungsempfänger/-in**

\* bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Praxisstempel

**Dr. M. Natorp**  
Große Straße 32, 49451 Holdorf  
05494/995511  
info@drnatorp.de

Bitte händigen Sie Ihren Patienten eine Zweitschrift aus.

# Informationen zu Ihrer Rechnung

Liebe Patientin, lieber Patient,

das Wichtigste für Ihren Behandlungserfolg ist, dass Ihre Praxis sich zu 100 Prozent auf Sie konzentrieren kann. Um hierfür möglichst viel Zeit zu haben, hat Ihre Praxis die Abrechnung der **DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH (DZR)** übertragen. Die Rechnungsstellung über DZR ist für Sie selbstverständlich kostenlos.

DZR gewährleistet die korrekte Bearbeitung der von Ihrer Praxis vorgegebenen Rechnungen. Aufgrund jahrzehntelanger Erfahrung in der Abrechnung entlastet DZR Ihre Praxis deutlich bei den Verwaltungstätigkeiten. Die eingesparte Zeit kommt somit voll und ganz Ihnen zugute.

Für Ihre Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen die kompetenten Mitarbeiter von DZR gerne zur Verfügung. Insbesondere helfen Ihnen die Experten bei der Durchsetzung Ihrer Erstattungsansprüche gegenüber Krankenkassen oder anderen Kostenträgern. Zusätzlich bietet

Ihnen DZR an, Ihre Rechnung in Teilbeträgen zu begleichen.

Nach geltender Rechtslage ist es erforderlich, dass Sie Ihre Einwilligung mit diesem Abrechnungsweg schriftlich erklären. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung. Bitte unterschreiben Sie hierzu die Einverständniserklärung auf der Vorderseite. DZR wird Ihre Daten ausschließlich auf Basis dieser Einverständniserklärung verarbeiten.

Selbstverständlich ist DZR gesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet. Darüber wacht der Datenschutzbeauftragte von DZR. Weitere Informationen zum Datenschutz und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Informationen zum Datenschutz“, das Ihnen Ihre Praxis gerne überlässt, oder unter [www.dzr.de/dsgvo](http://www.dzr.de/dsgvo).

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen.

Kontaktdaten von DZR und des Datenschutzbeauftragten:



DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH  
Sitz und Amtsgericht: Stuttgart HRB 6658

**Hauptsitz Stuttgart:**  
Marienstraße 10  
70178 Stuttgart  
Telefon 0711 99373-4000  
Telefax 0711 99373-4030

**Niederlassung Neuss:**  
Hermann-Klammt-Straße 7  
41460 Neuss  
Telefon 02131 77685-5000  
Telefax 02131 77685-5030

**Hanseatische Niederlassung:**  
Heidenkampsweg 51  
20097 Hamburg  
Telefon 040 8090307-5050  
Telefax 040 8090307-5070

**Niederlassung FRH:**  
Marienstraße 12  
70178 Stuttgart  
Telefon 0711 99373-4000  
Telefax 0711 99373-4030

**Datenschutzbeauftragter DZR** | Marienstraße 10 | 70178 Stuttgart | E-Mail [datenschutz@dzr.de](mailto:datenschutz@dzr.de)

[www.dzr.de](http://www.dzr.de)

Dr. med. dent. Michaela Natorp  
Zahnärztin  
Große Straße 32b  
49451 Holdorf  
Fon : 05494 / 995511  
Fax : 05494 / 995513  
e-mail : michaela.natorp@ewetel.net  
e-mail: info@drnatorp.de



### Corona Anamnesebogen

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

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

Fühlen Sie sich krank oder haben Sie Fieber? Ja/Nein

Leiden Sie unter Atemwegsbeschwerden? (Husten/Heiserkeit/Atemnot/etc.) Ja/Nein

Leiden Sie unter folgenden Verdachtssymptomen? Zutreffendes ankreuzen!

☐ Verlust der Geruchs-oder Geschmacksempfindung

☐ Schnupfen

☐ Hals-und/oder Rachenschmerzen

☐ Kopf-,Muskel-oder Gelenkschmerzen seit weniger als 2 Wochen

☐ Erbrechen oder Durchfall in den letzten Tagen

Hatten Sie in den letzten 2 Wochen persönlich Kontakt zu einer mit dem Corona Virus infizierten Person? Ja/Nein

Ist jemand im gleichen Haushalt erkrankt? Ja/Nein

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

Unterschrift Patient/Patientin: \_\_\_\_\_



**Dr. med. dent. M. Natorp**  
Zahnärztin  
Große Straße 32  
49451 Holdorf  
Tel.: 05494/995511  
Fax.: 05494/995513

Dr.med.dent. M. Natorp - Große Strasse 32 - 49451 Holdorf

Bankverbindung:  
OLB Holdorf  
Konto.: 440 240 08 00  
BLZ: 280 22 511  
IBAN : DE71280200504402400800  
Swift-BIC: OLBODEH2XXX



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

Patient/in:

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

- Labor
- weiterbehandelnde Ärzte (Hausarzt, MKG, Gutachter, etc.)
- externe Abrechnungsgesellschaft
- interdisziplinäre Kommunikation
- Krankenkasse
- Versicherungen

durch die Praxis zu.

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

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

Holdorf, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_

Unterschrift gesetzlicher Vertreter: \_\_\_\_\_