

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 Radio-Jodtherapie	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: _____ Festsitzend
 Wenn ja, Material? : 0 Keramik, 0 Kunststoff, 0 Hochgold, 0 NEM, 0 Titan 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 - 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

Terminreminderung: E-Mail Adresse: _____

Handynummer : _____

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 Ärztekasse 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.

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: _____

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.

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

www.dzr.de

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: _____