

Anamnese

Kieferchirurgie & Implantologie am Viktualienmarkt
Dr. Dr. Andreas Hoffmann - Dr. Christoph Seeliger – Dr. Simone Gerlach

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden deshalb vertraulich behandelt!

Unsere Patienteninformation zum Datenschutz liegt im Wartezimmerbereich für Sie zur Mitnahme bereit.

Patient:

Name: Vorname:
Geburtsdatum: Straße, Hausnr:
PLZ, Wohnort:

Tel. **Tel. Mobil:**
Terminerinnerung per Telefon: Ja Nein Terminerinnerung per SMS: Ja Nein

Sind Sie bei Bedarf mit der Übermittlung Ihrer Behandlungsunterlagen verschlüsselt per Email einverstanden?

Ja **Email:** Nein

Hauptversicherte/er (wenn nicht identisch mit Patient):

Name: Vorname:
Geburtsdatum: Straße, Hausnr:
Tel.: PLZ, Wohnort:

Behandelnder Zahnarzt / Arzt / Kieferorthopäde (für evtl. Arztbericht)

Anamnesefragen:

- Welche Allgemeinerkrankungen haben Sie? (z. B. Herzerkrankung, Herz-OP, Herzinfarkt, Lungenerkrankung/Asthma, Diabetes, Leber, Schilddrüse, Depressionen, Kreislauf, Bluthochdruck, niedriger Blutdruck)
.....
Ja Nein
- Bestehen Infektionskrankheiten? (z.B. Hepatitis A / B / C, HIV+/Aids, TBC)
Ja Nein
- Besteht/bestand eine Tumor- bzw. Krebserkrankung?
Ja Nein
- Bestehen Schlafstörungen, Tagesmüdigkeit, Schnarchen?
Ja Nein
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? (z. B. Jod, Latex, Antibiotika, Schmerzmittel)
.....
Ja Nein
- Welche Medikamente nehmen Sie ein? (z. B. zur Blutverdünnung, gegen Osteoporose, Herzerkrankung)
.....
Ja Nein
- Datum der letzten Röntgen-Untersuchung im Kieferbereich?
Wichtig für ggf. weitere Röntgenuntersuchungen: Ihr Gewicht:kg Ihre Größe: cm
- Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?
Ja Nein
- Mit der Versendung meiner Röntgenaufnahmen / Daten verschlüsselt per E-Mail an meinen behandelnden, oben angegebenen Zahnarzt bin ich einverstanden:
Ja Nein
- Mit der Nutzung der von mir angefertigten Röntgen- bzw. Fotoaufnahmen in pseudonymisierter Form für Fortbildungszwecke bin ich einverstanden.
Ja Nein
- Bei Frauen:** Besteht eine Schwangerschaft?
Ja Nein

Implantatbehandlungen sind Privatleistungen und werden nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Datum: _____

Unterschrift: _____
Patient / Erziehungsberechtigter

Patienteneinwilligung zum Datenschutz

Name, Vorname

Name Ihrer **Versicherung** oder **Krankenkasse**

- beihilfeberechtigt freiwillig versichert?
- Zusatzversicherung wenn ja, bei wem _____
- Kostenerstattung Basistarif

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem/Ihrer Kieferchirurgen/Oralchirurgin und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Dazu werden insbesondere folgende personenbezogenen Daten verarbeitet:

Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge, Behandlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte und ZahnArzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z.B. Röntgenbilder). (siehe Patienteninformation zum Datenschutz unter „Empfänger Ihrer Daten“)

Die personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere ZahnArzte, Ärzte, Zahntechniker, KassenzahnArztlicher Vereinigungen, Krankenkassen oder privatArztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die o. g. Dritten ein. Meine Rechte, insbesondere zum Widerruf dieser Einwilligung, sind mir bekannt (siehe Patienteninformation zum Datenschutz unter „Ihre Rechte“). Zudem bestätige ist, dass ich das Patienteninformationsblatt zum Datenschutz erhalten und gelesen habe. Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per Email an die Praxis mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Versicherter