

Bitte füllen Sie den Anamnesebogen gut lesbar und in Druckbuchstaben aus!

Patientenkontaktdaten	
Familienname:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Wohnort:	
Versichertenstatus:	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat
Telefonnummer (privat):	
Telefonnummer (mobil):	
E-Mail (Für Infos):	
Hausarzt – Name und Anschrift:	
Wie sind Sie auf uns gekommen?	<input type="checkbox"/> Social Media <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Doctolib <input type="checkbox"/> Jameda <input type="checkbox"/> Sonstiges

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!  
Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, müssen umgehend dem Praxisteam mitgeteilt werden.

Herz-/Kreislaufkrankungen:	Was?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
HIV-Infektion/Stadium AIDS:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung/Hepatitis:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
MRSA:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anfallsleiden (Epilepsie)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma/Lungenerkrankung:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes/Zuckerkrankheit:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Drogenabhängigkeit:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nervenerkrankung:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankungen:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsanfälle:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Osteoporose Erkrankung:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheuma/Arthritis:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Raucher:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allergien bzw. Unverträglichkeiten	Was?		
Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welchem Monat?	Monat:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden zahnärztliche Röntgenbilder angefertigt?	Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Einnahme von Medikamenten:</b>			

Wichtig!

Bitte unterschreiben Sie den Datenschutz **auf der Rückseite!**



Sehr geehrte/r Patient/in,

in unserer Praxis möchten wir aus organisatorischen Gründen auch Verarbeitungen von Daten vornehmen, für die jeweils eine Einwilligung des Patienten erforderlich ist.

Diese Verarbeitungen sind unten aufgeführt und in einer Zahnarztpraxis durchaus üblich. Sie haben die Möglichkeit, jede Einwilligung jederzeit durch formlose Mitteilung an uns zu widerrufen.

Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck Erforderliche beschränkt. Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulationen, Verlust, oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung und Ihr Ansprechpartner für Fragen ist Herr Majdi Dawoud.

**Termine können auch online auf  gebucht werden.**

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System (Kontrolluntersuchung und professionelle Zahnreinigung nach 6 Monaten) einverstanden.

Personenbezogene Daten werden an unser Dentallabor - ASF-Dentaltechnik Alexander Sascha Fischer, Bismarckstraße 79, 45881 Gelsenkirchen - weitergegeben. (AV - Vertrag über die Auftragsverarbeitung personenbezogener Daten)

Wenn ich in Behandlung bei Frau Dr. Klopff war, erhält das gesamte Team von Herr Majdi Dawoud Einsicht in meine persönlichen Daten die bereits aufgenommen wurden und darf diese Infos verarbeiten und führen.

Das Praxisteam erinnert mich per E-Mail/SMS an meine bestehenden Termine. Aktuelle Informationen (z. B Praxisurlaub oder Angebote für die professionelle Zahnreinigung) werden ebenfalls per E-Mail/SMS verwendet.

---

**Ich erhalte eine Terminbestätigung per E-Mail, die ich an meinem Termin vorzeigen muss. Ohne eine Bestätigung wird keine Behandlung durchgeführt und mein Termin wird vor Ort verschoben.**

Vereinbarte Behandlungstermine müssen eingehalten bzw.

**mindestens 48 Std. vor dem vereinbarten Termin abgesagt werden.**

Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine **in Rechnung gestellt** werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner angegebenen Daten. Die Datenschutzbestimmung habe ich gelesen und bin mit allen oben aufgeführten Positionen einverstanden.

---

Datum

---

Unterschrift Patient

Surkampstraße 67, 45891 Gelsenkirchen - Tel. 0209 / 72264 - [info@zahngebiet.de](mailto:info@zahngebiet.de) - Majdi Dawoud