

# Patientenanmeldung, Anamnese und Datenschutzinfo

Bitte beantworten Sie folgende Fragen sorgfältig. Wir wollen erreichen, dass Krankheiten frühzeitig erkannt werden und dass unsere Behandlungsmaßnahmen und Medikamente Ihrem Gesundheitszustand angepasst werden können. Selbstverständlich behandeln wir alle Auskünfte vertraulich!

Ihr Praxis-Team Olga Peters, Sternstraße 59, 40479 Düsseldorf

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

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

Tel. privat: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

Beruf/Arbeitgeber (freiwillige Angabe): \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

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

Sind Sie Zusatzversichert?  Ja  Nein

Durch wen wurden Sie empfohlen bzw. wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

## Herz-/Kreislaufkrankungen:

Hoher Blutdruck  Ja  Nein  
Niedriger Blutdruck  Ja  Nein  
Herzklappenfehler  Ja  Nein  
Herzklappenersatz  Ja  Nein  
Herzschrittmacher  Ja  Nein  
Endokarditis  Ja  Nein  
Herzoperation  Ja  Nein  
Ohnmachtsanfälle  Ja  Nein

Anfallsleiden (Epilepsie):  Ja  Nein  
Asthma/Lungenerkrankungen  Ja  Nein  
Blutgerinnungsstörungen:  Ja  Nein  
Diabetes/Zuckerkrankheit:  Ja  Nein  
Drogen/Alkoholabhängigkeit:  Ja  Nein  
Nervenerkrankung  Ja  Nein  
Nierenerkrankungen  Ja  Nein

Organ transplantiert  Ja  Nein  
Stammzellentransplantiert  Ja  Nein

Osteoporoseerkrankung  Ja  Nein  
Raucher  Ja  Nein  
Rheuma/Arthritis  Ja  Nein  
Schilddrüsenerkrankung  Ja  nein  
Sonstige Erkrankungen:

## Infektiöse Erkrankungen:

MRSA  Ja  Nein  
HIV-Infektion/Stadium AIDS  Ja  Nein  
Lebererkrankung/Hepatitis  Ja  Nein  
Tuberkulose  Ja  Nein  
Andere Infektionskrankheiten  Ja  Nein

## Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Latex  Ja  Nein  
Lokalanästhesie Spritzen:  Ja  Nein  
Antibiotika  Ja  Nein  
Schmerzmittel  Ja  Nein  
Metalle:  Ja  Nein

## Besteht eine Schwangerschaft?

ja  nein

## Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Wenn ja, in welchem Monat? ..... Monat

Wenn ja, wann? .....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit ? .....seit.....

Nehmen sie Bisphosphonate? O Ja O Nein seit.....

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? O Ja O Nein seit.....

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? O Ja O Nein seit.....

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva? O Ja O Nein seit.....

Die Patienten-Information zu Art.13 DS-GVO habe ich zur Kenntnis genommen

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Patienteninformation zum Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung**

**Identität des Verantwortlichen:**

Zahnarztpraxis Olga Peters, Sternstraße 59, 40479 Düsseldorf

**Datenschutzbeauftragter/Verantwortlicher:**

Vorname, Name und Kontaktdaten: Olga Peters, Sternstraße 59, 40479 Düsseldorf