Dr. med. dent. Andreas König – Zahnarzt
Pastor-Schmitz-Straße 4 · 45485 Wesel · Telefon 0281 82424
www.zahnteam-koenig.de

ANAMNESEBOGEN
Bitte füllen Sie den Bogen vollständig und gut leserlich aus.

Persönliche Angaben
Nachname, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: ☐ m ☐ w ☐ div
Straße, Hausnummer: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon (privat/mobil): _____ E-Mail: _____
Beruf: _____
Versicherung / Krankenkasse: _____ Zusatzversicherung ☐ Ja ☐ Nein
Überweisender Arzt: _____
Hausarzt: _____

Zahlungspflichtiger (falls abweichend)
Nachname, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Straße, Hausnummer: _____
PLZ, Ort: _____

Terminerinnerung
Ich willige ein, dass die Praxis mich über den Messenger-Dienst WhatsApp zur Terminorganisation kontaktieren darf. Dies umfasst insbesondere: Terminerinnerungen, Terminbestätigungen, Informationen zu Terminverschiebungen oder -ausfällen.

Mir ist bekannt, dass bei der Nutzung von WhatsApp personenbezogene Daten (insbesondere meine Mobilfunknummer sowie Kommunikationsinhalte) an die WhatsApp bzw. verbundene Unternehmen übertragen und dort verarbeitet werden können. Die Datenverarbeitung kann dabei auch außerhalb der Europäischen Union erfolgen.
Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Kommunikation über WhatsApp Sicherheits- und Datenschutzrisiken bergen kann und nicht mit einer vollständig verschlüsselten oder datenschutzrechtlich risikofreien Kommunikation gleichzusetzen ist.
Die Nutzung von WhatsApp erfolgt freiwillig. Mir entstehen keine Nachteile, wenn ich diese Einwilligung nicht erteile oder später widerrufe. Ein Widerruf ist jederzeit mit Wirkung für die Zukunft möglich, z. B. telefonisch, schriftlich oder per Nachricht an die Praxis.

Ich stimme der Kontaktaufnahme über WhatsApp zu ☐ Ja ☐ Nein

Einverständniserklärung bei Minderjährigen
Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten erforderlich.
Name des Erziehungsberechtigten: _____
Datum / Unterschrift: _____

Gesundheitszustand
Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hoher Blutdruck (Hypertonie)	☐ Ja	☐ Nein
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	☐ Ja	☐ Nein
Herzerkrankung	☐ Ja	☐ Nein (Falls ein Herzpass vorilegt, bitte zur Kopie abgeben)
Herzklappenerkrankung/-defek	☐ Ja	☐ Nein
Herzoperation	☐ Ja	☐ Nein
Herzschrittmacher	☐ Ja	☐ Nein

Zusätzliche Informationen: _____

Infektionserkrankungen

HIV	☐ Ja	☐ Nein
Hepatitis	☐ Ja	☐ Nein
Tuberkulose	☐ Ja	☐ Nein

Weitere Infektionserkrankungen: _____

Allergien / Unverträglichkeiten

Lokalanästhetika ☐ Ja ☐ Nein
Schmerzmittel ☐ Ja ☐ Nein
Antibiotika ☐ Ja ☐ Nein
Weitere Allergien / Unverträglichkeiten: _____

Weitere Erkrankungen

Blutgerinnungsstörungen ☐ Ja ☐ Nein
Asthma ☐ Ja ☐ Nein
Lungenerkrankungen ☐ Ja ☐ Nein
Schilddrüsenerkrankungen ☐ Ja ☐ Nein
Osteoporose ☐ Ja ☐ Nein
Rheuma ☐ Ja ☐ Nein
Epilepsie ☐ Ja ☐ Nein
Glaukom ☐ Ja ☐ Nein
Diabetes ☐ Ja ☐ Nein ☐ Typ I ☐ Typ II
Nierenfunktionsstörungen ☐ Ja ☐ Nein
Ohnmachtsneigung ☐ Ja ☐ Nein
Prothesen (z.B.Hüfteprothese) ☐ Ja ☐ Nein
Weitere Erkrankungen: _____

Allgemeine Angaben

Drogenkonsum ☐ Ja ☐ Nein
Alkoholgenuss ☐ Ja ☐ Nein ☐ selten ☐ oft ☐ regelmäßig
Raucher ☐ Ja ☐ Nein ☐ 0–10 Zig. /Tag ☐ über 10 Zig. /Tag
Regelmäßige Medikamente ☐ Ja ☐ Nein
Falls ja: Welche Medikamente / seit wann:

_____
_____
_____

Frühere Röntgenuntersuchung ☐ Ja ☐ Nein
Falls ja: Datum / Körperregion: _____
Schwangerschaft ☐ Ja ☐ Nein
Falls ja: Welcher Monat: _____
Stillzeit ☐ Ja ☐ Nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

_____

Wichtige Informationen

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Datenschutzbestimmungen.
- Ich stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten zu.
- Ich verpflichte mich, Änderungen meines Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 48 Stunden vorher abzusagen (andernfalls kann ein Ausfallhonorar in Rechnung gestellt werden)
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum	Unterschrift Patient / Zahlungspflichtiger / Erziehungsberechtigter