



Dr. Stephanie Amann  
Dr. Jonas Bruns  
Pöltnerstr. 2  
82362 Weilheim  
Tel. 0881- 1385 2981  
info@zwwm.de | www.zwwm.de

## ANAMNESEBOGEN

Patienten-Nr.:  
(von der Praxis auszufüllen)

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir heißen Sie herzlich willkommen in unserer Praxis. Um Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen zu können, bitten wir Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Dr. Stephanie Amann und Team

### Persönliches

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz \_\_\_\_\_ geschäftlich \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Beruf/Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des behandelnden Hausarztes \_\_\_\_\_

**Dürfen wir Sie an Ihren halbjährlichen Kontrolltermin erinnern?** E-mail  Post  nein

### Versicherung

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Gesetzlich versichert  Privat versichert  Zusatzversicherung

Basistarif  Beihilfeberechtigt

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Patienten-Nr.: (von der Praxis auszufüllen)

## Allgemeine Gesundheitssituation

	ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen wenn ja, welche:		

Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Erkrankungen:

---



---

	ja	nein
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige: _____		
Nehmen Sie Medikamente ein? wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzmedikamente _____		
Cortison _____		
Schmerzmittel _____		
Antidepressiva _____		
blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar, Heparin)		
Bisphosphonate:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige _____		
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Mundgesundheitsituation:

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, das Sie in unsere Praxis führt? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Sollten Sie ohne Versichertenkarte zur Behandlung kommen, können Sie innerhalb von 10 Tagen die Karte nachreichen. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass uns der Gesetzgeber erlaubt, ohne weitere Ankündigung eine Privatrechnung zu senden.

Wir bitten Sie Ihren Termin rechtzeitig abzusagen oder zu verschieben, wenn Sie ihn nicht einhalten können. Im Falle eines Terminversäumnisses erlauben wir uns, Ihnen diese Ausfallzeit in Rechnung zu stellen.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die wahrheitsgemäßen Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift



Dr. Stephanie Amann

Dr. Jonas Bruns

Pöltnerstr. 2

82362 Weilheim

Tel. 0881- 1385 2981

info@zwwm.de | www.zwwm.de

ZahnWerkWeilheim

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

PatientenNr. (wird von der Praxis ausgefüllt):

### **Einwilligungserklärung zur Speicherung und Verarbeitung personenbezogener Daten**

Damit wir die bei Ihnen notwendigen medizinischen Untersuchungen und Behandlungen durchführen können, benötigen wir von Ihnen persönliche und gesundheitsbezogene Informationen.

Diese Daten werden elektronisch erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt, soweit sie für die medizinische Diagnostik, die Gesundheitsversorgung und für die Behandlung erforderlich sind. Zusätzlich benötigen wir Ihre Daten zu Abrechnungszwecken mit Ihrer Krankenkasse bzw. zu Rechnungsstellung für von uns erbrachte Leistungen.

Darüber hinaus nutzen wir Ihre personenbezogenen Daten ggf. für weitere Serviceleistungen.

Wir versichern Ihnen, dass wir Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich innerhalb unserer Praxis und nur zu den genannten Zwecken nutzen.

Sollte aufgrund der erfolgten Diagnose und/oder der geplanten Behandlungsmaßnahmen die Korrespondenz mit anderen Ärzten notwendig sein, werden Ihre Daten auch an beteiligte Dritte (z. B. Ärzte, Apotheken, Krankenhäuser, Fremdlabors) außerhalb der Praxis weitergegeben.

Soweit für die Behandlung und/oder für die Abrechnung erforderlich, übermitteln wir Ihre personenbezogenen Daten auch an für uns tätige Dienstleister.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Nutzung, Speicherung und Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten einverstanden.

Sie können Ihre unten abgegebene Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ihre personenbezogenen Daten werden dann in unserer Patientenkartei gelöscht, soweit sie für die Erfüllung von gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden (gesetzliche Aufbewahrungsfristen bis zu 10 Jahre).

Sie können jederzeit Auskunft über Ihre personenbezogenen Daten oder deren Löschung verlangen - entweder vor Ort in unserer Praxis oder schriftlich.

**Ich erkläre mich damit einverstanden, das die beteiligte Praxis meine personen- und gesundheitsbezogenen Daten zum Zweck der Diagnostik, der Behandlung und der Abrechnung erhebt, verarbeitet und nutzt.**

**Die beteiligte Praxis darf meine Personen- und Gesundheitsdaten auch an Dritte übermitteln, soweit dies für die Behandlung und Abrechnung erforderlich ist.**

Ort, Datum

Unterschrift (bzw. Unterschrift des/r gesetzlichen Vertreters/in)