



MKG im Carree – Praxis Dres. Malik, Im Carree 1, 64283 Darmstadt

Anamnese

Patient:

Nachname: Vorname:
Geburtsdatum: Tel. privat:
Geburtsort: Tel. mobil:
Adresse: Tel. geschäftlich:
e-mail: (für eventuelle Terminänderungen)

Hauptversicherte/er: O Herr O Frau

Nachname Vorname
Geburtsdatum: Tel. privat:

Krankenkasse/Krankenversicherung

Privat versichert O Welche?
Gesetzlich versichert O Welche?
O Beihilfe O Basistarif versichert
O zuständige Geschäftsstelle?
O Zahnzusatzversicherung

Behandelnder Zahnarzt / Arzt (für evtl. Arztbericht)

Anamnesefragen:

- 1. Welche Allgemeinerkrankungen haben Sie? Z.B. Kreislauf, Lunge, Leber, Schilddrüse, Niere, Tumoren etc.
2. Haben Sie hohen oder niedrigen Blutdruck, Diabetes (Zucker), Epilepsie, Grüner Star
3. Herzerkrankung, Angina Pectoris, Herzinfarkt, Herz-OP, Herzschrittmacher, Lungenerkrankung, Asthma
4. Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung? Weshalb? Wo? Ja O Nein O
5. Infektionserkrankungen: Hepatitis A O B O C O HIV+ (Aids) O multiresistente Keime O keine O
6. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? Ja O Nein O
7. Welche Allergien oder Unverträglichkeiten besitzen Sie?
8. Welche Medikamente nehmen Sie ein?
9. Bekommen Sie Medikamente zur Blutverdünnung? Z.B. ASS, Plavix, Marcumar, etc.
10. Bekommen Sie Medikamente (Tabletten od. Spritzen) gegen Osteoporose oder zur Knochenstabilisierung?
11. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Welche Woche? Ja O Nein O
12. Datum der letzten Röntgen-Untersuchung im Kieferbereich? bitte wenden



Freiwillige Zusatzangaben:

Für Ihre optimale postoperative Nachsorge, rufen wir Sie ggf. am Abend nach einem operativen Eingriff an. Dürfen wir Sie telefonisch kontaktieren? Ja Nein

Für etwaige Terminabsprachen und Terminerinnerungen vor einem längeren Termin bitten wir um Ihre Zustimmung. Wie dürfen wir mit Ihnen Kontakt aufnehmen? Telefon Email kein Kontakt erwünscht

Falls wir Sie telefonisch nicht persönlich erreichen, dürfen wir bei einem Angehörigen nach Ihnen fragen oder eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter hinterlassen? Ja Nein

Mit der Nutzung der von mir angefertigten Röntgen- bzw. Fotoaufnahmen in anonymisierter Form für Fortbildungszwecke bin ich einverstanden. Ja Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden:

Empfehlung meines Zahnarztes Empfehlung eines Bekannten Homepage Bewertungsportal

Die Datenschutzhinweise bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person gemäß Art. 13 DSGVO wurde mir ausgehändigt.
Unsere Hinweise zur Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten in unserer Praxis können sie hier downloaden:

<http://www.mkg-im-carree.de/scripts/get.aspx?media=/shop/layout/home/qr-malik-patienteninfo-datenschutz.pdf>



Der Bogen zur Informationspflicht für die Abrechnung über die BFS health finance GmbH nach Art. 14 DGSVO wurde mir vorgelegt.

Darmstadt, den: _____

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigte(r): _____

Unterschrift Arzt: _____