

- Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Fachzahnärzte für Oralchirurgie
- Partnerschaftsgesellschaft

ANAMNESEBOGEN:

Liebe Patient*Innen,

Sie wünschen eine Behandlung in unserer Praxis VISTOC® durch Frau Dr. Sarah Schneider, Herrn Dr. Dr. Daniel Schneider, oder einen Ihrer Vertreter. Damit wir Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen können, brauchen wir einige Informationen von Ihnen, daher bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Dr. Sarah Schneider, Dr. Dr. Daniel Schneider & das VISTOC®-Praxisteam

Patienten- und Versichertenangaben:

Name, Vorname, ggf. Titel: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Tel. privat: _____ Tel. dienstlich: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Beruf (optional) : _____

Name, Vorname, ggf. Titel Hauptversicherter: _____

Geburtsdatum Hauptversicherter: _____

Krankenkasse: _____

Beihilfe: _____ Zusatzversicherung: _____

Überweisender Zahnarzt/Arzt: _____

Hausarzt: _____

Datenschutz:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass während der Behandlung Foto- und Videomaterial zu Dokumentationszwecken erstellt werden. Da die Praxis auch als Hospitations- und Fortbildungszentrum fungiert, können weitere Zahnärzte bei den Behandlungen zu Lehrzwecken anwesend sein. Der von Ihnen eingegangene Behandlungsvertrag mit unserer Gemeinschaftspraxis schließt unter keinen Umständen Ihre freie Arztwahl aus. Wir bitten Sie aber in dringenden Notfällen um Verständnis dafür, dass sich die Ärzte dieser Praxis gegenseitig vertreten. Wenn nötig, weisen Sie bitte bei der Terminvergabe ausdrücklich darauf hin, dass nur ein Behandler für Sie in Frage kommt. Ich erkläre mein Einverständnis, dass beim eventuellen Wechsel von Ärzten im Rahmen der Partnerschaft meine Krankenunterlagen neuen Partnern zur Kenntnis gegeben werden dürfen. Ich entbinde die Praxis von Ihrer

Bitte wenden.

WWW.VISTOC.DE

- TEL 0381 666 7 5555
- PRAXIS@VISTOC.DE
- ALTBETTEL MÖNCHSTR. 2
18055 ROSTOCK

- Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Fachzahnärzte für Oralchirurgie
- Partnerschaftsgesellschaft

Schweigepflicht gegenüber mitbehandelnden ärztlichen und zahnärztlichen Kollegen und erkläre mich ebenfalls damit einverstanden, dass mit ihnen diagnostische Unterlagen zum Zwecke der Behandlungsplanung und -durchführung ausgetauscht werden können. Ich habe die Patienteninformation zu welchem Zweck die Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet gelesen und ein Exemplar erhalten. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Gesundheitsfragen:

Fast geschafft, bitte beantworten Sie noch so gut wie möglich die umseitigen Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand.

Waren Sie vor kurzem oder stehen Sie zurzeit noch in ärztlicher Behandlung? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Rheuma <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Schlaganfall <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, welche? _____	Asthma <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Vertragen Sie gewisse Arzneimittel nicht? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Blutarmut <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, welche? _____	Nervenerkrankungen <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Nierenerkrankungen <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Haben Sie Heuschnupfen, Jod- oder Penicillinallergie, Hautausschläge? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Krampfleiden <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, haben Sie einen Allergiepass? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Zuckerkrankheit <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Treten bei Ihnen nach Verletzungen oder Zahnziehen stärkere Blutungen auf? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Schilddrüsenerkrankungen <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Leiden oder litten Sie an den nachstehend aufgeführten Krankheiten? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, Aids/HIV) <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Herzerkrankung (z.B. Infarkt, Angina pectoris) <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Osteoporose <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Migräne <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Tumorleiden <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hoher Blutdruck <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Haben Sie andere ernsthafte Erkrankungen? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Niedriger Blutdruck <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wenn ja, welche? _____
Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht, Leberzirrhose) <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	_____
	Rauchen Sie? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Wenn ja, wieviel? _____
	Wenn ja, seit wann? _____
	Besteht eine Schwangerschaft? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Wenn ja, seit wann? _____

Rostock, den _____ Unterschrift des Patienten: _____