

Anamnesebogen

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Hausarzt: _____ Zahnarzt: _____

Wie sind sie versichert ? Kasse (gesetzlich versichert) Privat Privat Basis- / Standardtarif

Haben Sie eine Zusatzversicherung/ Beihilfe? _____

ja nein 01. Waren Sie in den letzten 5 Jahren im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung?

ja nein 02. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? Auch Blutverdünner?

ja nein 03. Allergien (z.B. Penicillin)? _____

ja nein 04. Herz-, Kreislauferkrankungen? _____

ja nein 05. Lungenerkrankungen? Asthma? _____

ja nein 06. Nierenerkrankungen? Dialyse? _____

ja nein 07. Magen-, Darmerkrankungen? _____

ja nein 08. Zuckerkrankheit? Diabetes? _____

ja nein 09. Schilddrüsenerkrankung? _____

ja nein 10. Osteoporose? _____

ja nein 11. Stoffwechselerkrankungen? Lebererkrankungen? _____

ja nein 12. Krebserkrankungen? _____

ja nein 13. Nervenerkrankungen? _____

ja nein 14. Rheuma? Autoimmunerkrankungen? _____

ja nein 13. Rauchen Sie? Wieviele Zigaretten pro Tag? _____

ja nein 14. Sonstige Erkrankungen, die wir wissen sollten und die von Bedeutung sind? _____

ja nein 15. Schwangerschaft? Welche Woche? _____

16. Wann war die letzte Zahnröntgenuntersuchung? _____

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung gemäß Artikel 6,7 Absatz 1 lit a DSGVO: Ich stimme der Übertragung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Abrechnung mit der KZV Bremen zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Artikel 7 Absatz 3 Satz 2 DSGVO). Alle personenbezogenen Daten werden gesetzlich 10 Jahre Praxis widerrufen kann (Artikel 7 Absatz 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der gespeichert und nach Auslauf der Zeit gelöscht. Ich stimme zu, dass medizinische Unterlagen und Berichte an den überweisenden Arzt weitergeleitet werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift