



Erstanamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

auch im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Wir bitten Sie daher, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

Karteinummer: _____
(von Praxis auszufüllen)

Herz / Kreislauf

- Herzfehler
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
Wann? _____
- Herzmuskelentzündung
- Künstliche Herzklappe
- Herzschrittmacher
- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Rhythmusstörungen
- _____

Gefäße

- Schlaganfall
Wann? _____
- Durchblutungsstörungen
- Krampfadern
- Thrombosen
- _____

Atemwege / Lunge

- Asthma
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- Chronische Bronchitis
- Schlafapnoe
- Schnarchen Sie?
- _____

Leber

- Gelbsucht
- Leberverhärtung
- Fettleber
- Gallensteine
- Hepatitis Typ: ____
- _____

Nieren

- Dialysepflichtigkeit
- Nierenentzündung
- Nierensteine
- _____

Magen, Darm

- Geschwür
- Engstelle, Divertikel
- Verdauungsstörungen
- Sodbrennen, Reflux
- _____

Stoffwechsel

- Diabetes mellitus Typ I
- Diabetes mellitus Typ II
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion
- _____

Nerven / Gemüt

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände
- _____

Skelettsystem

- Gelenkerkrankungen
- Rückenbeschwerden
- Muskelerkrankungen
- Fibromyalgie
- _____

Augen

- Grüner Star
- Grauer Star
- Starke Einschränkung der Sehkraft

Blut

- Gerinnungsstörungen
- Blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung
- Nachbluten nach Operationen / Verletzungen
- _____

Allergie

- Heuschnupfen, Pollen
- Nahrungsmittel
- Medikamente
- Jod
- Latex (Gummihandschuhe)
- _____

Knochen

Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt?
Wegen welcher Erkrankung?

Wann?

Sind sie schwanger?
Welche Woche _____

Rauchen Sie?
Wie viel? _____

Trinken Sie gelegentlich Alkohol?

Regelmäßig? Wie viel?

Andere Erkrankungen oder Behinderungen?

Immunschwäche

- Einnahme von Cortison
- Zustand nach Organtransplantation
- AIDS / HIV
- _____

Regelmäßige Medikamente

- Blutdruckmedikamente
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- „Antibabypille“
- Psychopharmaka
- Antidiabetika

Welche?

Sonstige Medikamente bitte als Medikamentenplan der Anamnese beilegen.

Gerinnungshemmende Medikamente

- ASS
- Marcumar
- Eliquis
- Xarelto
- _____
- _____



Allgemeine Fragen	Ja	Nein
Möchten Sie an Ihre Zahnvorsorgeuntersuchung erinnert werden?		
Sind Sie an einer Professionellen Zahnreinigung (PZR) interessiert?		
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe/-stellung zufrieden?		
Sind Sie mit Ihrem Zahnersatz zufrieden?		
Haben Sie Zahnfleischbluten/-rückgang?		
Haben Sie Beschwerden im Kiefergelenksbereich (z.B. Knacken) bzw. knirschen Sie?		
Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung oder Beihilfe?		

Meine Adresse:

 Straße

 PLZ, Ort

 Telefon

 Handy

 Email

 Arbeitgeber / Beruf (*freiwillige Angabe*)
Mein Hausarzt ist:

 Name

 Ort

**Gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen,
Geschäftsunfähigen, beschränkt Geschäfts-
fähigen:**

 Name

 Straße, Ort (*falls abweichend*)

Ihre Angaben werden von uns teilweise elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bedingungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht.

Achtung:

Sie können nach einer örtlichen Betäubung bedingt verkehrsuntüchtig sein und sollten sich nicht selbst ans Steuer setzen.

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit.

Bitte beachten:

Falls Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, mindestens **zwei Tage vorher** bei uns abzusagen.

Ich versichere, dass ich alle Angaben entsprechend meinem eigenen Informationsstand gemacht habe.

Furth im Wald, den ____ . ____ . ____

 Unterschrift



Hinweise zur Datenverarbeitung in unserer Praxis

27. Februar 2020

Im Rahmen der Behandlung von Patienten erheben wir in unserer Praxis Daten zu Ihrer Person, zu Ihrem Versicherungsstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand. Diese Daten werden entsprechend der datenschutzrechtlichen Vorgaben behandelt.

Für den Datenschutz in unserer Praxis ist verantwortlich **Eva Füglein-Haynau, Bahnhofstraße 5, 93437 Furth im Wald**. Die Ernennung eines dedizierten Datenschutzbeauftragten ist in dieser Praxis nicht nötig.

Erhoben werden Daten zu **persönlichen Angaben** (Name, Adresse, Geburtsdatum, Telefonnummer, Email), **Gesundheitsdaten** (zahnärztliche, aber auch allgemeinärztliche Krankengeschichte und aktuelle Befunde, Röntgenbilder und Fotos), sowie **Versichertendaten** (Krankenkassen-Zugehörigkeit).

Diese Daten werden zum Zweck der **Erfüllung unseres Behandlungsvertrages**, der **Abrechnung** gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB) und für unser **Recall-System** erhoben. Die Rechtsgrundlage hierfür ergibt sich u.a. aus Art. 6 Abs. 1 Satz 1 Lit. b DSGVO (Personenstammdaten) und Art. 9 Abs. 2 Lit. h i.V.m. Art. 6 Abs. 1 Satz 1 Lit. b DSGVO (Gesundheitsdaten).

Notwendigerweise werden Ihre Daten somit regelmäßig **an die KZVB und die entsprechenden Krankenkassen oder sonstigen Verrechnungsstellen übermittelt**.

Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu **Zwecken der Qualitätssicherung** herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/4036>

Die Daten Ihrer Patientenakte werden gemäß § 630f Abs. 3 BGB für mindestens **10 Jahre** gespeichert. Röntgenbilder werden ebenso lange aufbewahrt bzw. bei Minderjährigen bis mindestens zur Vollendung des 28. Lebensjahres.

Sie haben ein **Auskunftsrecht** gegenüber unserer Praxis, welche Ihrer personenbezogenen Daten von uns verarbeitet werden. Sie haben ein Recht auf **Berichtigung, Löschung und Einschränkung** der Verarbeitung, sowie ein **Widerspruchsrecht** gegen die Datenverarbeitung und -übertragung. Die Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer Daten können Sie jederzeit widerrufen.

Es besteht die Möglichkeit, sich bei der Datenschutz-Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Meinung sind, dass wir Ihre Daten nicht datenschutzkonform verarbeiten. Ansprechpartner ist das **Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht**, Promenade 27, 91522 Ansbach.

Sollten Ihre Daten zu anderen als den oben genannten Zwecken verwendet werden, sind wir verpflichtet, Sie darüber gesondert zu informieren.

*Bei Fragen können Sie sich jederzeit an uns wenden.
Ihre Zahnarztpraxis Eva Füglein-Haynau*