



ZAHNARZTPRAXIS
DR. MATTHIAS & MARYAM STAHLSCHMIDT

Anamnesebogen zur Aktualisierung Ihrer Daten

Vorname:		Nachname:	
Geburtstag:		Tel. privat:	
Handynummer:		Tel. dienstlich:	
Straße, Nr.:		PLZ, Ort:	
Hausarzt, Ort:		E-Mail:	

Bei Familienversicherung geben Sie bitte den Hauptversicherten hier an:

Vorname:		Nachname:	
Geburtstag:		Telefonnr.:	

Bei entsprechendem Versicherungsstatus bitte Zutreffendes ankreuzen:

☐ Heilfürsorge	☐ Basistarif	☐ Bonusheft vorhanden	
☐ Privat versichert	☐ Gesetzlich versichert	☐ Freiwillig versichert	☐ Private Zusatzversicherung
☐ Beihilfeberechtigt	☐ Kein Pflegegrad	Pflegegrad: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐	

Bitte beantworten Sie kurz folgende medizinisch relevante Fragen (Bitte Zutreffendes ankreuzen):

Nehmen Sie Medikamente ein?	☐ Nein	☐ Ja:	
Gibt es Medikamente, die Sie nicht vertragen?	☐ Nein	☐ Ja:	
Haben Sie eine Herzerkrankung / -schrittmacher?	☐ Nein	☐ Ja:	
Besteht eine Bluterkrankung?	☐ Nein	☐ Ja:	
Leiden Sie an Allergien?	☐ Nein	☐ Ja:	
Bestehen sonstige Erkrankungen?	☐ Nein	☐ Ja:	
Ist Ihr Blutdruck normal?	☐ Ja	☐ Nein:	☐ zu hoch ☐ zu niedrig
Besteht eine Schwangerschaft?	☐ Nein	☐ Ja	In welchem Monat?
Neigen Sie zu Ohnmacht?	☐ Nein	☐ Ja	
Rauchen Sie?	☐ Nein	☐ Ja	Anzahl der Zigaretten:

Bitte auch Seite 2 ausfüllen ↩

Besteht eine der folgenden Erkrankungen? (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

- | | | | | | |
|---|----------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Gelbsucht (Hepatitis) | ☐ Nein | ☐ Ja | Zuckerkrankheit (Diabetes) | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Immunschwäche (HIV) | ☐ Nein | ☐ Ja | Schilddrüsenerkrankung | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Asthma | ☐ Nein | ☐ Ja | Rheuma | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Magen-/Darmerkrankung | ☐ Nein | ☐ Ja | Nervenerkrankung | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Multiresistente Erreger (wie z.B. MRSA, ESBL, VRE, Clostridien) | | | | ☐ Nein | ☐ Ja |

Hiermit bin ich darüber aufgeklärt, dass es in seltenen Fällen zu einer Verletzung der Nerven nach einer Leitungsanästhesie kommen kann. Weiterhin bescheinige ich über eine eventuelle Verkehrsuntüchtigkeit aufgeklärt worden zu sein.

Zu einer guten Zusammenarbeit gehört für uns auch eine gute Terminplanung um Ihre Wartezeit so kurz wie möglich zu halten. Dabei sind wir auf Ihre Hilfe angewiesen. Wir bitten deshalb höflich, Termine die sie nicht wahrnehmen können, rechtzeitig abzusagen. Wir behalten uns vor, reservierte und nicht rechtzeitig abgesagte Termine (Absage mindestens 24 Stunden vor Behandlungsbeginn) in Rechnung zu stellen.

Anfordern und Weiterleiten von Röntgenbildern:

Ich bin auf die Wahrnehmung der ärztlichen Schweigepflicht (§ 28 Abs. 8 Satz 3 RVÖ) hingewiesen worden und ich bin damit einverstanden, dass meine Röntgenaufnahmen nach Aufforderung weitergegeben werden dürfen.

Vielen Dank!

Datum:

Unterschrift:

Alles ausgefüllt? Dann bitte in der Praxis abgeben oder per E-mail senden an: buero@dr-stahlschmidt.de. Danke!

Einwilligung zur Befüllung meiner elektronischen Patientenakte (ePA) durch die Zahnarztpraxis

Hintergrund

Die elektronische Patientenakte (ePA) ist ein für Sie vollständig kostenfreies Angebot. Mit der entsprechenden App, welche Ihnen Ihre Krankenkasse zur Verfügung stellt, können Sie in Ihre digitale Akte schauen und dort auch festlegen, wer Zugriff auf diese bekommen soll. Zahnarztpraxen können in die ePA einige für Patienten interessante und hilfreiche Informationen einstellen, wie z. B. das zahnärztliche Bonusheft.

Mein Wunsch als Patient

Ich wünsche ausdrücklich, dass meine Zahnarztpraxis für mich das zahnärztliche Bonusheft und weitere zahnmedizinisch relevante Informationen in meine elektronische Patientenakte (ePA) einstellt.

Hierzu zählen neben dem Bonusheft und Befundberichten insbesondere:

- Informationen zur jeweiligen Behandlungssitzung
- Informationen zur Patientenaufklärung
- Behandlungsempfehlungen der Praxis
- Röntgenbilder

Einwilligung in die Befüllung der ePA

Ich willige ein, dass meine Zahnarztpraxis von ihr ausgewählte zahnmedizinische Informationen in meine ePA einstellt.

Mir ist bekannt, dass:

- ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- ich selbst über die ePA-App meiner Krankenkasse steuere, wer Zugriff auf meine ePA hat und wie lange.
- die Zahnarztpraxis keinen Zugriff mehr auf meine ePA hat, wenn ich diesen über meine ePA-App entferne.
- die Verantwortung für die Verwaltung der Inhalte in der ePA bei mir liegt.

Datenschutz und Schweigepflicht

Ich bin darüber informiert worden, dass die Übertragung der Daten in die ePA unter Einhaltung aller datenschutzrechtlichen Vorschriften erfolgt (insbesondere gemäß DSGVO und 8 341 SGB V).

Weitere Hinweise

Mit der Einwilligung erhalten Sie einen für Sie kostenfreien Mehrwert. Die Einwilligung ist freiwillig. Ihre Versorgung ist nicht davon abhängig. Fragen zur Einwilligung beantworten wir Ihnen gerne. Fragen zur ePA und zur Bedienung der jeweiligen ePA-App beantwortet Ihnen Ihre Krankenkasse.

Name, Geburtsdatum

Ort, Datum, Unterschrift