



Informations- und Anamnesebogen für privat Versicherte

Bitte beantworten Sie die unten stehenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau.

(Zutreffendes bitte ankreuzen / unterstreichen / evtl. ergänzen)

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir Ihnen bei der Beantwortung gern behilflich. Bitte sprechen Sie uns an.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Tel. privat: _____ Tel. dienstlich: _____
E-Mail-Adresse: _____

Versichert bei welchem Unternehmen: _____

Tarifliche Besonderheiten: Basistarif Beihilfeberechtigt Volltarif

Allgemeine Angaben und Informationen

nähere Angaben

- Ja Nein Für Frauen: Sind Sie schwanger?
Welcher Monat? Stillen Sie?
 Ja Nein Pflegegrad vorhanden?
Wenn ja, welcher?
 Ja Nein Einnahme gerinnungshemmender
Mittel (ASS, Falithrom,...)?
 Ja Nein Regelmäßige Medikamente?

- Ja Nein Besitzen Sie einen Röntgenpass?
 Ja Nein Raucher?
 Ja Nein Alkoholkonsum?
 Ja Nein Drogenkonsum?

Herz-Kreislaufkrankungen

- Ja Nein Besitzen Sie einen Herzpass?
 Ja Nein Bluthochdruck
 Ja Nein Niedriger Blutdruck
 Ja Nein Herzklappenerkrankung / -ersatz
 Ja Nein Herzoperationen / Herzschritt-
macher
 Ja Nein Herzerkrankungen / -infarkt /
-rhythmusstörungen
 Ja Nein Herzinfarkt, wann?
 Ja Nein Endokarditis
 Ja Nein Sonstige

Infektionserkrankungen

- Ja Nein Tuberkulose
 Ja Nein Hepatitis A B C
 Ja Nein AIDS / HIV +
 Ja Nein Sonstige

Bitte wenden!

Bitte wenden!

Allergien

nähere Angaben

Ja Nein Sind Allergien bekannt?

falls ja,

Allergie gegen: Metalle (z.B. Nickel) _____
 Kunststoffanteile (z.B. Methacrylat) _____
 Latex _____
 Lokalanästhetika / Spritzen _____
 Medikamente (z.B. Penicillin, Schmerzmittel) _____
 andere Substanzen (z.B. Gräser, Bienengift?) _____

Ja Nein Besitzen Sie einen Allergiepass? _____

Weitere Erkrankungen

Ja Nein Blutbildveränderungen _____
 Ja Nein Asthma / Atemwegserkrankungen _____
 Ja Nein Zuckerkrankheit (Diabetes) _____
 Ja Nein Anfallsleiden (Epilepsie) _____
 Ja Nein psychische Erkrankungen _____
 Ja Nein Osteoporose _____
 Ja Nein Tumorerkrankungen _____
 Ja Nein Nierenfunktionsstörungen / Lebererkrankungen _____
 Ja Nein Schilddrüsenerkrankungen _____
 Ja Nein Sonstige _____

Organisatorisches:

Wünschen Sie einen Recall per E-Mail? Ja Nein (→ jährliche Erinnerung an Vorsorgeuntersuchungen)

Wenn ja, senden wir Ihnen jährlich eine Nachricht mit der Bitte um Terminvereinbarung. Bitte geben Sie uns dazu umseitig Ihre E-Mail-Adresse an.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von Freunden/Bekannten Information beim Hausarzt Internet Überweisung
 Sonstiges: _____

Kenntnisnahme der Datenschutzbestimmungen:

Alle Informationen und Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes (DSGVO). Sie werden streng vertraulich behandelt. Mit der Speicherung und Verarbeitung der personenbezogenen und behandlungsrelevanten Daten, ggf. Übermittlung an Auftragnehmer (z.B. Dentallabore) erklären Sie sich hiermit einverstanden. Sie können diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen. Die behandlungsrelevanten Daten unterliegen gesetzlicher Aufbewahrungsfristen. Ein Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung. Die ausführliche Datenschutzerklärung unserer Praxis können Sie auf Nachfrage gern einsehen.

Verantwortlich: Dr. Roman Pönisch, Otto-Harzer-Straße 30, 01156 Dresden, Tel: 0351/412 93 23

Ich verpflichte mich, Sie über alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, entsprechend zu informieren.

Dresden, den _____ Unterschrift _____