

**Patienten-Anamnese**

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon privat und/oder mobil

Geburtsort

Hausarzt (Name)

Zahnarzt (Name)

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich (bitte ankreuzen):**

**Herz-Kreislauf-Erkrankungen:**

- Hoher Blutdruck  ja  nein
- Herzrhythmusstörung  ja  nein
- Herzklappenerkrankung/defekt  ja  nein
- Herzkrankung  ja  nein
- Herzoperation  ja  nein

**Weitere Erkrankungen:**

- Blutgerinnungsstörung  ja  nein
- Asthma/Lungenerkrankung  ja  nein
- Schilddrüsenerkrankung  ja  nein
- Rheuma  ja  nein
- Epilepsie  ja  nein
- Diabetes  ja  nein
- Nierenfunktionsstörung  ja  nein
- Ohnmachtsneigung  ja  nein

**sonstige Krankheiten:**

---



---

**Allgemeine Angaben:**

- Drogenkonsum  ja  nein
- Alkoholgenuss  ja  nein  selten
- Raucher  ja  nein

- Frühere Röntgenuntersuchungen  ja  nein
- Schwangerschaft (für Patientinnen)  ja  nein
- Stillen Sie (für Patientinnen)?  ja  nein

**Infektionserkrankungen:**

- HIV  ja  nein
- Hepatitis  ja  nein
- Tuberkulose  ja  nein
- andere Infektionskrankheiten:

---

**Allergien-/Unverträglichkeiten:**

- Lokalanästhesie  ja  nein
- Schmerzmittel  ja  nein
- Antibiotika  ja  nein
- andere Allergien:

---



---

**Medikamenteneinnahme:**

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, wenn ja welche?

---



---



---

**Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Außerdem verpflichte ich mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen.**

Datum

Unterschrift Patient/in / Erziehungsberechtigter/e / gesetzl. Betreuer/in

## Wichtige Informationen Einverständniserklärung/Datenschutz

---

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

1. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes nach der EU-Datenschutzverordnung (s. Aushang im Wartezimmer) und werden daher streng vertraulich behandelt.
2. Ich erkläre ich mich damit einverstanden, dass im Anschluss der Behandlung der überweisende Arzt sowie der Hausarzt und/oder Hauszahnarzt über die Behandlung informiert werden. Ich nehme zur Kenntnis, dass mein behandelnder Arzt verpflichtet ist, alle hier diagnostizierten Krebserkrankungen an das epidemiologische Krebsregister Niedersachsen zu melden. Außerdem stimme ich der Erstellung und Archivierung von Fotografien von mir und Teilen meines Gesichtes/Kiefers im Rahmen des Behandlungsverlaufes zur Dokumentation zu. Die Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt in den rechtlichen Vorgaben und wird nach Ablauf der Aufbewahrungsfristen gelöscht.
3. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Die Empfänger können andere Ärzte, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern, Labore und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.
4. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten und können die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Sie können dieser Einwilligung jederzeit schriftlich widersprechen.
5. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe und hiermit mein Einverständnis erkläre. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

---

Datum, Unterschrift Patient/in / Erziehungsberechtigte/r / gesetzl. Betreuer/in

---