



Name	Adresse
Telefon	email

Falls Sie diese Anamnese online ausfüllen, sind keine Unterschriften nötig.

ich wünsche eine Erinnerung an die halbjährliche Kontrolle per email.

Haben Sie folgende Erkrankungen?

Augen

- Grüner Star, erhöhter Augeninnendruck, Glaukom
- Grauer Star

Herz

- Herzklappenersatz
- Herzmuskelentzündung, Endokarditis
- Bypassoperation, Stent, Herzinfarkt
- Schrittmacher
- Herzinsuffizienz, Rhythmusstörung
- Angina pectoris

Kreislauf

- Bluthochdruck
- Schlaganfall
- Thrombose

Blutgerinnung

- Blutverdünner: ASS100
- Blutverdünner: Clopidogrel
- Blutverdünner: Eliquis/Xarelto
- Blutverdünner: Falitrom, Markumar. Wie ist der Ziel - INR?
- Bluter

Osteoporose

- ohne Medikamente
- Tabletten z.B. Alendronsäure
- regelmäßige Spritzen

Tumorerkrankungen

- Bestrahlung im Kopf-Hals-Bereich
- Chemotherapie

Zentrales Nervensystem

- epileptische Anfälle
- Migräne
- regelmäßige Kopfschmerzen
- Medikamente gegen Depressionen, wenn ja, welche:

Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit, Diabetes
- insulinpflichtig
- Schilddrüsenüberfunktion

Infektionskrankheiten

- HIV
- Hepatitis
- Tuberkulose

Asthma

ja

Allergien

wenn ja, welche, bzw. Allergiepass

Sind Sie schwanger?

wenn ja, Geburtstermin: _____

Medikamente: _____

Haben Sie einen Pflegegrad? Wenn ja, welcher? ____ Bitte legen Sie uns die Bescheinigung vor.

Einverständniserklärung Lokalanästhesie

Einige Behandlungen machen eine örtliche Betäubung (Lokalanästhesie) notwendig. Hierbei werden Nervenendäste (Infiltrationsanästhesie) oder der Nervenstamm (Leitungsanästhesie) mit einem Betäubungsmittel umspritzt und das entsprechende Versorgungsgebiet betäubt. Dabei kann es in seltenen Fällen zu einer Schädigung der Nerven kommen, die zu Gefühlsstörungen in Lippe oder Zunge führen kann, die sich nach einiger Zeit jedoch wieder zurückbilden können. Weiter Komplikationen und Risiken sind Allergien auf Betäubungsmittel, Herz-Kreislauf-Störungen, Hämatom, Einschränkung der Fahrtüchtigkeit und der Bedienung von Maschinen, erhöhte Selbstverletzungsgefahr währen der Wirkdauer.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei mir eine Lokalanästhesie durchgeführt wird, weitergehende Fragen meinerseits wurden hinreichend beantwortet und bestehen nicht mehr.

ja
 nein

Unterschrift: _____

Einverständniserklärung Datenschutz

Für die Wartung der Behandlungsdaten, Vergabe von Aufträgen an zahntechnische Labors, die bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Hausärzten, Therapeuten, vor-, nach-, unterstützend und notbehandelnden Zahnärzten und gesetzlichen Krankenkassen kann eine Einsicht oder Weitergabe von Daten oder Röntgenbildern notwendig sein. Wir bitten Sie um Ihr Einverständnis. Die Weitergabe von Daten an andere Personen (z. B. Versicherungen) bedarf natürlich einer gesonderten Schweigepflichts-entbindung.

Ich erkläre mich mit der Weitergabe der Daten in diesen Fällen einverstanden und mir ist bekannt, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen kann.

ja
 nein

Unterschrift: _____

Ich wünsche eine Kopie dieser Einwilligungserklärungen



Sie können Ihre Termine jetzt auch online vereinbaren
Weitere Infos und den Link finden Sie auf unserer Internetseite

www.zahnarztpraxis-birkenmeier.de

Ich möchte Ihnen Zugriff zu meiner elektronischen Patientenakte gewähren über die ePA-App oder die PIN-Eingabe meiner eGK. Nähere Informationen unter: www.gematik.de/anwendungen/e-patientenakte

Ich bestätige, dass alle Angaben richtig und vollständig sind.

Bad Dürrenberg, den Unterschrift