

# DENTALOGICUM

## ZAHNMEDIZIN BERLIN

### ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir, das Team der Praxis DENTALOGICUM, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Um Ihnen eine Betreuung auf hohem Niveau zu gewährleisten und gezielt auf Ihre individuellen gesundheitlichen und persönlichen

Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung.

Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

### PERSÖNLICHE ANGABEN PATIENT

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Titel \_\_\_\_\_ Geburtsdatum · -ort \_\_\_\_\_  
Straße · Nr. \_\_\_\_\_ PLZ · Ort \_\_\_\_\_  
Beruf\* \_\_\_\_\_ E-Mail\*\* \_\_\_\_\_  
Telefon (mobil)\*\* \_\_\_\_\_ Telefon (privat) \_\_\_\_\_  
Wie können wir Sie tagsüber erreichen? \_\_\_\_\_ Hausarzt\*\*\* \_\_\_\_\_

### WIE SIND SIE VERSICHERT? ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN

Gesetzlich versichert:  Freiwillig  Pflicht  
Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung?  
Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?

Privat versichert:  Basistarif  Standardtarif  
 Ja  Nein  
 Ja  Nein

### VERSICHERTER (falls abweichend vom Patienten)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Straße · Nr. \_\_\_\_\_ PLZ · Ort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon (privat) \_\_\_\_\_

### ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Immunsuppression
<input type="checkbox"/> Allergien _____	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Nieren	<input type="checkbox"/> Schlaganfall
<input type="checkbox"/> Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt	Sonstige Erkrankungen _____
<input type="checkbox"/> Herzfehler · künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/> Ohrensausen · Tinnitus	<input type="checkbox"/> Gelenke (Rheuma)	
<input type="checkbox"/> Endokarditisprophylaxe	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Osteoporose	
	<input type="checkbox"/> Grüner Star	<input type="checkbox"/> Tumorerkrankung	

### LEIDEN SIE UNTER FOLGENDEN INFEKTIONSKRANKHEITEN? ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN

Hepatitis  HIV · AIDS  Tuberkulose  
 Krankenhauskeime (z. B. MRSA, etc.)  Creutzfeldt-Jakob (CJK) · Varianten CJK

\* Freiwillige Angabe · Diese Information kann hilfreich für die Behandlung sein.

\*\* Freiwillige Angabe · Wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.

\*\*\* Freiwillige Angabe · Wenn die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bezüglich einer Einwilligung auf Sie zu.



# DENTALOGICUM

## ZAHNMEDIZIN BERLIN

### NEHMEN SIE MEDIKAMENTE EIN?

ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blutdruckmedikamente | <input type="checkbox"/> Herzmedikamente       |
| <input type="checkbox"/> Bisphosphonate       | <input type="checkbox"/> Cortison (Kortikoide) |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel        | <input type="checkbox"/> Antidepressiva        |

Blutverdünnende Medikamente,

(z. B.. Marcumar®, Xarelto®, Eliquis®, Pradaxa® oder ASS®)

Sonstige Medikamente? \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten? Wenn ja, gegen welche?

\_\_\_\_\_

### WEITERE MEDIZINISCH

#### RELEVANTE ANGABEN ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN

- Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?  
Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_
- Rauchen Sie?  
Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_
- Schnarchen Sie?
- Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung  
im Bereich der Zähne? \_\_\_\_\_

### ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN

- Leiden Sie unter Zahnschmerzen?
- Blutet Ihr Zahnfleisch?
- Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?
- Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?
- Leiden Sie unter Mundgeruch?
- Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?
- Wurde bei Ihnen bereits eine kieferorthopädische  
Behandlung durchgeführt?

Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### ALLGEMEINE HINWEISE

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Hinweis zur Organisation: Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen.

Ort · Datum

Unterschrift

DENTALOGICUM · FRANKFURTER ALLEE 69 · 10247 BERLIN  
T 030 55241090 · F 030 55596418 · INFO@DENTALOGICUM.DE · DENTALOGICUM.DE

### ERGÄNZENDE ANGABEN\* ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN

\*Freiwillige Angabe - diese Angaben sind für die Behandlung sinnvoll, jedoch nicht zwingend erforderlich.

Was führt Sie zu uns?

\_\_\_\_\_

Haben Sie persönliche nachhaltige Wünsche, die wir als Praxis erfüllen sollten?

\_\_\_\_\_

Gab es bei Ihrem vorbehandelnden Zahnarzt Kritik oder Komplikationen?

\_\_\_\_\_

Was wünschen Sie sich langfristig für Ihre Zahngesundheit?

\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Freiwillige Angabe - hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik.

- Google  Doctolib  Social Media
- Postwurfsendung  Freunde · Familie
- Sonstige \_\_\_\_\_

### EINSICHT PATIENTENKARTEI ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis DENTALOGICUM auf meine von der Gemeinschaftspraxis Zahnmedizin Dr. M. Karashouli & G. Karajouli gespeicherten Patientendaten zugreift.

Ja  Nein

#### HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN

\*Hinweis zu freiwilligen Angaben

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort · Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!  
Ihr Team der Praxis DENTALOGICUM

