



Willkommen in unserer Praxis

Sehr geehrte Patientin,
Sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie die nachfolgenden Seiten gewissenhaft aus und unterschreiben Sie an den angegebenen Stellen. Sie können das Formular in einem PDF-Programm bequem digital ausfüllen, unterschreiben und im PDF-Format an folgende Adresse zusenden: anamnese@stotski.de.

Es ist aber auch möglich das Formular auszudrucken und händisch auszufüllen. In diesem Fall bitten wir Sie die Unterlagen zu Ihrem nächsten vereinbarten Termin in unsere Praxis mitzubringen und diese bei der Anmeldung am Empfang abzugeben.

Es ist wichtig, dass der Arzt/ die Ärztin Ihre Anamnese vor Ihrer Behandlung kennt.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam

Dr. med. dent. Natalia Stotski



Bitte vor der Behandlung ausfüllen und bei der Anmeldung abgeben!
Sprechen Sie uns bei Fragen bitte an!

Patient

Herr/ Frau Vorname Name geb.
Fräulein/ Kind

Mitglied

Nur wenn Patient Vorname Name geb.
bei einer anderen Person
mitversichert ist z.B. über die Eltern

Anschrift

..... Straße und Nr. Postleitzahl und Ort

Erreichbar

.....
Bevorzugtes Festnetz () Mobil () Email ()
ankreuzen

Name Ihrer Krankenkasse Ihr Beruf

Name und Ort Ihres Hausarztes?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben

1. Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen des Kreislaufs (Herz):
2. Leiden Sie unter Bluthochdruck oder haben einen zu niedrigen Blutdruck:
3. Sind Sie auf Endokarditisprophylaxe angewiesen? Ja () Nein ()
4. Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, Aids, usw.):
5. Innere Krankheiten (Diabetes, Nierenfunktionsstörungen, o. Ä.):
6. Arzneimittelüberempfindlichkeit/- Unverträglichkeit/ Allergien:
7. Leiden Sie unter sonstigen Krankheiten (welche)?
8. Schwangerschaft: Ja () Monat Nein ()
9. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein(z.B. Blutverdünner ASS100, Bisphosphonate Karzinomerkrankung):
.....
10. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? Ja () Nein ()
11. Haben Sie überempfindliche Zähne? Ja () Nein ()
12. Sind Sie mit Ihrem Lächeln zufrieden? Ja () Nein ()
13. Sind Sie ein Angstpatient? Ja () Nein ()
14. Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Ja () Nein ()
15. Möchten Sie an unserem Recall-Programm teilnehmen?
(Automatische Erinnerung an Ihre nächste Vorsorge) Ja () Nein ()
16. Brauchen Sie eine gesetzliche Betreuung? Ja () Nein ()

.....
Datum

\\praxisserver\Dokumente\Anamnesebogen+Datenschutz_online.docx

.....
Unterschrift



Datennutzung in unserer Praxis

Einwilligungserklärung zur Speicherung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Sehr geehrter Patient,
Sehr geehrte Patientin,

damit wir die bei Ihnen notwendigen medizinischen Untersuchungen und Behandlungen durchführen können, benötigen wir von Ihnen persönliche und gesundheitsbezogene Informationen. Diese Daten werden elektronisch erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt, soweit sie für die medizinische Diagnostik, die Gesundheitsversorgung und für die Behandlung erforderlich sind.

Zusätzlich benötigen wir Ihre Daten zu Abrechnungszwecken mit Ihrer Krankenkasse bzw. zur Rechnungsstellung für von uns erbrachte Leistungen. Darüber hinaus nutzen wir Ihre personenbezogenen Daten ggf. für weitere Serviceleistungen, wie z.B. die Erinnerungen im Rahmen unseres Recall-Erinnerungssystems, mit dem wir Sie auf anstehende Vorsorgeuntersuchungen aufmerksam machen.

Wir versichern Ihnen, dass wir Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich innerhalb unserer Praxis und nur zu den genannten Zwecken nutzen.

Sollte aufgrund der erfolgten Diagnostik und/oder der geplanten Behandlungsmaßnahmen die Korrespondenz mit anderen Ärzten notwendig sein, werden Ihre Daten auch an beteiligte Dritte (z.B. Ärzte, Apotheken, Krankenhäuser, Fremdlabore) außerhalb der Praxis weitergegeben.

Soweit für die Behandlung und/oder für die Abrechnung erforderlich, übermitteln wir Ihre personenbezogenen Daten auch an für uns tätige Dienstleister.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Nutzung, Speicherung und Übermittlung Ihrer personen- und gesundheitsbezogenen Daten einverstanden.

Sie können Ihre unten abgegebene Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ihre personenbezogenen Daten werden dann in unserer Patientenakte gelöscht, soweit sie für die Erfüllung von gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Sie können jederzeit Auskunft über Ihre personenbezogenen Daten oder deren Löschung verlangen, entweder vor Ort in unserer Praxis oder telefonisch oder per E-Mail an folgende Adresse zahnarztpraxis@stotski.de.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die beteiligte Praxis meine personen- und gesundheitsbezogenen Daten zum Zweck der Diagnostik, der Behandlung und der Abrechnung erhebt, verarbeitet und nutzt.

Die beteiligte Praxis darf meine Personen- und Gesundheitsdaten auch an Dritte übermitteln, soweit dies für die Behandlung und Abrechnung erforderlich ist.

.....

Ort, Datum

.....

Name in Druckschrift + Unterschrift