

# Mundgesundheit Rheinbrücke

## Dr. Katharina Kemper

An der alten Weberei 2, 79206 Breisach  
Telefon: 076672909920 - Telefax: 076672909929  
info@mundgesundheit-breisach.de

## Anmeldebogen mit Anamnese

### Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihrer Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank!

**Info zum Datenschutz:** Ihre Daten werden von uns so behandelt, wie die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und das Bundesdatenschutzgesetz (BDSH) es vorschreibt und nicht unbefugt an Dritte weitergegeben.

Bei Fragen wenden Sie sich gerne an uns oder schreiben eine Email an:

[datenschutz@mundgesundheit-breisach.de](mailto:datenschutz@mundgesundheit-breisach.de)

Unsere Erklärung zum Datenschutz und dem Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten in unserer Praxis finden Sie unter [www.mundgesundheit-breisach.de/datenschutz](http://www.mundgesundheit-breisach.de/datenschutz)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Tel. Privat: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Tel. Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin gesetzlich versichert            | <input type="checkbox"/> Ich habe eine Zusatzversicherung |
| <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert                | <input type="checkbox"/> Ich bin Beihilfe versichert      |
| <input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> Ich bin Basistarifversichert     |

### Für gesetzlich versicherte Patienten:

Bitte denken Sie daran, dass wir bei jedem 1. Besuch im Quartal Ihre Versicherungskarte benötigen. Liegt diese uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung.

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> von Bekannten empfohlen | <input type="checkbox"/> Telefonbuch      |
| <input type="checkbox"/> Zeitungsanzeige         | <input type="checkbox"/> Website          |
| <input type="checkbox"/> Facebook                | <input type="checkbox"/> Instagram        |
| <input type="checkbox"/> Jameda                  | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

### Grund Ihres Besuchs:

- Kontrolluntersuchung
- Zahnschmerzen
- Zahnfleischbluten
- Kiefergelenksbeschwerden/Knirschen/Pressen
- Lockere Zähne
- Schmerzbehandlung
- Empfindliche Zähne
- Mundgeruch
- Zahnfleischrückgang
- Kopf-/Nackenbeschwerden/ Migräne
- Zweitmeinung
- Sonstiges

### Sie sind uns wichtig!

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden  ja  nein

Was können wir bei Ihrer Behandlung berücksichtigen? \_\_\_\_\_

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch vermisst? \_\_\_\_\_

### Beratungswunsch:

- professionelle Zahnreinigung
- weiße Zähne
- Parodontitisbehandlung
- Zahnkorrektur
- Zahnersatz
- zahnfarbene Füllungen oder Inlays

### Ihr persönlicher Gesundheitscheck:

#### Herz-/Kreislaufkrankungen

- Herzfehler/Herzschwäche
- Angina Pectoris
- Herzinfarkt, wenn ja wann: \_\_\_\_\_
- Herzmuskelentzündung/Endokarditis
- Herzklappenersatz
- künstliche Herzklappe
- Herzschrittmacher
- Rhythmusstörungen
- Herzoperation
- Schlaganfall

#### Infektiöse Erkrankungen

- Hepatitis A/B/C
- HIV Infektion/ Stadium AIDS
- Tuberkulose
- Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)
- Creutzfeld-Jakob-Krankheit

#### Magen/Darm/Leber

- Sodbrennen/ Reflux
- Magen-/Darmerkrankung
- Lebererkrankung

#### Blut/Blutdruck

- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Blutgerinnungsstörungen
- Blutgerinnungshemmer
- ASS
- Xarelto
- Marcumar
- Eliquis
- Thrombosen

#### Atemwege/Luft

- Asthma
- Lungenentzündung
- Schlafapnoe
- chron. Bronchitis
- Mukoviszidose

#### Stoffwechsel

- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion

**Nieren**

- Dialysepatient
- Nierenentzündung
- Nierenerkrankung

**Kopf/ Augen**

- erhöhter Augeninnendruck
- Verletzungen/OP Kopfbereich
- Nasen-Nebenhöhlen-Erkrankung

**Allergien/ Unverträglichkeiten**

- Lokalanästhesie/ Spritzen
- Antibiotika: Welche? \_\_\_\_\_
- Schmerzmittel: Welche? \_\_\_\_\_
- Latex (Gummihandschuhe)
- Desinfektionsmittel
- Metalle: Welche? \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Rücken/Knochen/Skelett**

- Rheuma/ Arthritis
- Rückenbeschwerden
- Muskelschwäche
- Osteoporose

**Nerven/Gemüt**

- Krampfanfälle/Epilepsie
- Angstzustände
- Depressionen

**Sonstiges**

- Künstliche Gelenke
- Organtransplantation
- Stammzelltransplantation
- Ohnmachtsanfälle

**Liegt ein Krebsleiden vor?**

- Wenn ja, welches? \_\_\_\_\_
- Chemotherapie       Strahlentherapie

Rauchen Sie?

Wenn ja, wieviel täglich? \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger?

Welche Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Bisphosphonate?

Nehmen Sie hochdosierte Steroide/Immunsuppressiva?

**o Im persönlichen Gesundheitscheck trifft nichts zu****Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit regelmäßig ein?**

---

**Wer ist Ihr behandelnder Arzt bzw. Hausarzt?**

---

**Vorheriger Zahnarzt?**

---

**Wichtiger Hinweis zur Terminvereinbarung**

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und Sie in Ruhe behandeln zu können, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Deshalb bitten wir Sie, Ihren Termin einzuhalten oder spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Ansonsten müssen wir Ihnen leider eine Ausfallgebühr, abhängig von der Termindauer, berechnen.

**Wünschen Sie Terminerinnerungen per SMS?**

ja, aktuelle Handynummer: \_\_\_\_\_  nein

### **Einverständnis zur Fotografie für Patientenakte**

Gerne möchte wir Ihre Patientenakte zur eindeutigen Zuordnung mit einem Portraitfoto versehen

Hiermit bin ich einverstanden       Ich möchte zu diesem Zweck nicht fotografiert werden

### **Einverständniserklärung gemäß DSGVO**

Ich willige in die Kontaktaufnahme durch die Praxis per u.s. Kommunikationsmittel ein

Telefon/ Handy       Brief       E-Mail

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Fremdbefunde und Röntgenbilder, die in Zusammenhang mit meiner Behandlung stehen, bei anderen Ärzten/Praxen anfordern oder an diese weitergeben darf.

Mir ist bewusst, dass ich mein Einverständnis hierzu jederzeit widerrufen kann.

Hiermit bin ich einverstanden       Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden

### **Weitere Informationen bei bestehender Pflegebedürftigkeit**

Pflegestufe/Pflegegrad \_\_\_\_\_ (bitte Pflegebescheid vorlegen)

Gesetzliche Betreuung/ Vollmacht?

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner Pflege?

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Angehöriger bzw. Kontaktperson

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### **Bei Betreuung bitte mitbringen:**

Vollmacht/ Betreuerausweis oder Vollmacht & Personalausweis

### **Für unsere kleinen Patienten**

War ihr Kind bereits beim Zahnarzt?

Wenn ja, wo: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Probleme mit den Zähnen?

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Ich versichere, dass ich alle Angaben entsprechend meiner eigenen Informationen gemacht habe.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

**Unterschrift**

\_\_\_\_\_

**Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen**