



DR. MED. STOM./ UMF
KLAUSENBURG
DOINA SILASI

 07321 63 444

 07321 965 121

 zahnaerzte-silasi@t-online.de

Tätigkeitsschwerpunkte
Implantologie
Parodontologie
Kinderzahnheilkunde
Holistische Zahnmedizin
ALF

ANAMNESEBOGEN - PATIENTENERHEBUNGSBOGEN



NAME, VORNAME: _____

GEBURTSDATUM: _____

KRANKENKASSE: _____

ADRESSE, WOHNORT: _____

TELEFON-/ HANDYNUMMER: _____

BERUF & ARBEITGEBER*: _____

HAUSARZT & ORT: _____

BISHERIGER ZAHNARZT UND ORT: _____

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu ihrem Gesundheitszustand möglichst genau, um uns eine komplikationslose Behandlung zu ermöglichen, indem Sie die zutreffenden Punkte ankreuzen.

Die Angaben unterliegen der Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

HERZ-/KREISLAUFERKRANKUNGEN

BLUTHOCHDRUCK

HERZKLAPPENFEHLER

HERZSCHRITTMACHER

HERZOPERATIONEN / WANN?

HERZINFARKT / WANN?

NIEDRIGER BLUTDRUCK

HERZKLAPPENERSATZ / WANN?

ENDOKARDITIS

DURCHBLUTUNGSSTÖRUNGEN

BLUTGERINNUNGSSTÖRUNGEN

INFEKTIONSEKRANKUNGEN

HIV (AIDS)

HEPATITIS A/ WANN?

HEPATITIS C

TUBERKULOSE

HEPATITIS B

CREUZFELDT-JACOB-KRANKHEIT

ODER DEREN VARIANTEN

BITTE RÜCKSEITE BEACHTEN 

SONSTIGE ERKRANKUNGEN

EPILEPSIE

DIABETES/ TYP

OHNMÄCHTSANFÄLLE

OSTEOPOROSE

RAUCHER/ MENGE _____

DROGENABHÄNGIGKEIT

ASTHMA

NIERENERKRANKUNGEN

RHEUMA

DEPRESSIONEN

ALKOHOLABHÄNGIGKEIT

SONSTIGE _____

ALLERGIEN/ UNVERTRÄGLICHKEITEN

LOKALANÄSTHESIE (SPRITZE)/ WELCHE?

SCHMERZMITTEL/ WELCHE?

ANTIBIOTIKA/ PENICILLIN/ WELCHE?

SONSTIGE

MEDIKAMENTENEINNAHME

NEHMEN SIE BLUTVERDÜNNUNGSMITTEL?

WENN JA WELCHE?

HABEN SIE EINEN PFLEGEGRAD?

WENN JA WELCHEN? _____

SCHWANGERSCHAFT/ IN WELCHER WOCHE? _____
KOMPLIKATIONEN?

Ich erkläre mich mit der elektronischen Verarbeitung meiner Daten einverstanden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten, bzw. diese mindestens 48 Stunden davor abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht rechtzeitig abgesagte Termine mit einem Ausfallhonorar in Höhe von 100 - 200 Euro, je nach Terminlänge in Rechnung gestellt werden können.

Hiermit erkläre ich, dass zahnärztliche Honoraranforderungen, gemäß § 399 Satz 1 und 2 BGB nicht abgetreten werden. Sämtliche Ansprüche und Forderungen, die sich zwischen dem Behandler und dem/der oben genannten Patienten/Patientin getroffenen Behandlungsvertrag ergeben, werden seitens des/der Patienten/Patientin, soweit nicht dem gesetzlichen Forderungsübergang unterliegend, nicht an Dritte abgetreten oder verwendet.

HEIDENHEIM, DEN _____ UNTERSCHRIFT: _____

PATIENTENEINWILLIGUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir haben Ihnen die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ überreicht. Hierin wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, wenn wir Ihre Einwilligung dazu erhalten haben oder dies gesetzlich vorgesehen ist (z. B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder bei gesetzlichen Versicherten zur Abrechnung mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung).

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. mit- und weiterbehandelnde Ärzte, Therapeuten, Labore) übermitteln zu dürfen (mittels Arztbrief, Telefonat, E-Mail o.ä.), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Mit- oder Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich.

Auch benötigen wir Ihre Einwilligung, um Ihnen unsere weiteren Service-Angebote wie Erinnerung an Termine oder Zusendung von Informationsmaterial o.ä. anbieten zu können. Die notwendigen Einwilligungen können Sie uns im Folgenden freiwillig erteilen:
Hiermit erkläre ich,

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

dass ich damit einverstanden bin, dass Dr. Doina Silasi, Rembrandtweg 5, 89520 Heidenheim.

- meine Daten über die zahnärztliche Behandlung an mit- und weiterbehandelnde Ärzte, Labore und Therapeuten übermittelt. Ja Nein
- meine Daten über die zahnärztliche Behandlung anonymisiert zum fachlichen Austausch mit Zahnärzten und/oder Ärzten im Rahmen von Qualitätszirkeln nutzt. Ja Nein
- meine Daten für den Erinnerungsservice für wiederkehrende Vorsorgeuntersuchung oder die professionelle Zahnreinigung (Recall) sowie für die Erinnerung an Termine verwenden darf. Ja Nein
- meine Daten für die Zusendung von Gesundheits- und Praxis-Informationen verwenden darf. Ja Nein

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber Herrn Dr. Max Mustermann nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Gleichzeitig entbinde ich die die Praxis Dr. Doina Silasi für die oben getätigte Einwilligung zur Weitergabe meiner Daten über die zahnärztliche Behandlung an mit- und weiterbehandelnde Ärzte, Labore und Therapeuten von der Schweigepflicht.

Die oben getätigten Einwilligungen sind freiwillig. Das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.

HEIDENHEIM, DEN _____ UNTERSCHRIFT: _____