



**Herzlich Willkommen in unserem Fachzentrum!**

**Wir möchten Sie bitten, folgende Fragen zu Ihrer Krankengeschichte (Anamnese) zu beantworten:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  W  M  D Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Zahnarzt: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Dermatologe: \_\_\_\_\_

1. Wie sind Sie versichert?
  - Gesetzlich
  - Privat:  Beihilfe  Standard/Basistarif
  - Nur Notfall
  - \_\_\_\_\_
2. Wo sind Sie versichert: \_\_\_\_\_
3. Haben Sie eine Zusatzversicherung?  ja  nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
4. Haben Sie einen Pflegegrad?  ja  nein  
 Wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_
5. Sind sie betreut oder haben Sie einen gesetzlichen Vormund?  ja  nein  
 Wenn ja, wen? \_\_\_\_\_
6. Besteht eine Allergie?  ja  nein
  - Lokale Betäubungsmittel  Antibiotika
  - Sonstiges \_\_\_\_\_
7. Besteht eine Infektionskrankheit?  ja  nein
  - HIV/AIDS  Hepatitis
  - Sonstige: \_\_\_\_\_
8. Werden derzeit blutverdünnende Medikamente eingenommen?  ja  nein  
 Wenn ja, welche?
  - ASS  Clopidogrel (Plavix®)
  - Heparin  Edoxaban (Lixiana®)
  - Marcumar  Rivaroxaban (Xarelto®)
  - Apixaban (Eliquis®)  Dabigatran (Pradaxa®)
  - sonstige: \_\_\_\_\_
9. Werden derzeit Knochenstoffwechselverändernde Medikamente eingenommen?  ja  nein  
 Wenn ja, welche?
  - Denosumab (XGeva®, Prolia®)
  - Zoledronsäure (Zometa®)
  - Aledronsäure (Fosamax®)
  - Ibandronsäure (Bonviva®)
10. Werden andere Medikamente eingenommen?  ja  nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
11. Besteht bei Ihnen oder bei Verwandten eine erhöhte Blutungsneigung?  ja  nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
12. Kam es schon einmal zu einem Gefäßverschluss durch Blutgerinnsel? (z.B. Thrombose, Embolie)  ja  nein  
 Wenn ja, was? \_\_\_\_\_
13. Besteht eine Herz- oder Kreislauferkrankung? (z.B. Herzinfarkt, Bluthochdruck, Herzinsuffizienz)  ja  nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
14. Haben Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein
15. Haben sie eine künstliche Herzklappe?  ja  nein
16. Besteht eine Lungen- oder Atemwegserkrankung? (z.B. Asthma, Lungenentzündung)  ja  nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Bitte Rückseite beachten. ->

17. Besteht eine Nierenerkrankung oder eine eingeschränkte Nierenfunktion?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
18. Besteht eine Lebererkrankung?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
19. Besteht eine Stoffwechselerkrankung?  
 ja  nein  
 Diabetes  Schilddrüsenstörung  
 sonstige: \_\_\_\_\_
20. Besteht eine Erkrankung des Nervensystems? (z.B. Lähmungen, Krampfleiden, Epilepsie)  
 ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
21. Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung?  
 ja  nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
22. Kam es schon einmal zu einer Wundheilungsstörung?  
 ja  nein  
Wenn ja, wann und wo? \_\_\_\_\_
23. Haben Sie Angst vor dem Arztbesuch?  
 ja  nein Wenn ja, wieso? \_\_\_\_\_
24. Rauchen Sie?  ja  nein  
Wenn ja, was und wieviel? \_\_\_\_\_
25. Trinken Sie Alkohol?  ja  nein  
Wenn ja, was und wieviel? \_\_\_\_\_
26. Sprechen oder Singen Sie beruflich?  ja  nein
27. Könnten Sie schwanger sein?  ja  nein
28. Stillen Sie?  ja  nein
29. Speicherung Ihrer Daten: Im Sinne meiner Behandlung bin ich mit der Speicherung und Weitergabe meiner Daten zur Abrechnung einverstanden.  ja  nein
30. Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Behandlungsdaten, die erhobenen **Befunde und Röntgenbilder an meinen oben angegebenen Haus-, Haut- bzw. Zahnarzt** sowie weitere an der Behandlung beteiligten Ärzte zur Dokumentation und der weiteren Behandlungsplanung übermittelt werden dürfen.  ja  nein
31. Meine Befunde sollen **außerdem an folgende Ärzte** oder Personen übermittelt werden:  
\_\_\_\_\_

32. Ich erkläre mich einverstanden, dass meine **erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde** bei meinem Haus-, Haut- bzw. Zahnarzt erhoben und **angefordert werden**. Diese werden für die Behandlung und die zu erbringenden ärztlichen Leistungen erhoben, verarbeitet und genutzt.  
 ja  nein
33. Ich verstehe, dass die **Einwilligung freiwillig** ist. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Im Falle eines Widerrufs findet keine weitere **Datenübermittlung** zwischen oben genannten Ärzten und unserer Praxis mehr statt. Die Widerrufserklärung ist schriftlich an unsere Praxis zu richten. Der Widerruf gilt ab dem Zeitpunkt zu dem dieser eingegangen ist. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.  
 ja  nein
34. Ich habe verstanden, dass ich **nach einer örtlichen Betäubung (Spritze) verkehrsuntüchtig bin** und selbst kein Fahrzeug lenken darf.  
 ja  nein
35. Ich habe verstanden, dass ich **bei Nichtabsagen eines Operationstermins in Vollnarkose** eine Aufwandsentschädigung in Höhe von **EUR 200.- pro Stunde zahlen muss**.  
 ja  nein

Ich bestätige, die obigen Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Rosenheim, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(Patient/in)

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(Erziehungsberechtigte/r | Betreuer/in)