



Dr. Ulrich Guthofer

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen und unterliegen selbstverständlich unserer ärztlichen Schweigepflicht gem. §203 der StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Bei Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Wir weisen Sie darauf hin, dass das Ausfüllen dieses Anamnesebogens auf freiwilliger Basis erfolgt. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihr Auskunftsrecht geltend machen zu können. Wir weisen Sie weiterhin darauf hin, dass im Rahmen der Behandlung vom Behandler oder anderen Mitarbeitern der Zahnarztpraxis **Dr. Guthofer** weitere für den Behandlungserfolg, die Verwaltung der Behandlungsdokumentation oder die Abrechnung erforderliche Daten von Ihnen erfragt und weiterverarbeitet werden können.

## PATIENTENBOGEN

Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus und geben Sie ihn an der Rezeption ab!

Vielen Dank!

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Nachname des Versicherten: \_\_\_\_\_

Vorname des Versicherten: \_\_\_\_\_

Weiterer Elternteil: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Versicherten : \_\_\_\_\_

Strasse, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

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

Handy/ Netzbetreiber : \_\_\_\_\_

gesetzliche Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Privatversicherung: \_\_\_\_\_

Standardtarif: Ja/Nein

Basistarif: Ja/Nein

Beruf des Versicherten: \_\_\_\_\_

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie um die folgenden Angaben!

Sind Ihnen folgende Erkrankungen bekannt:

Herz - u. Kreislauferkrankungen?  ja  nein

Blutgerinnungsstörungen?  ja  nein

Infektionskrankheiten(Hepatitis, Aids, Tbc, usw.)?  ja  nein

Innere Krankheiten(Leber, Magen-Darm, Schilddrüse,  
Nieren- bitte unterstreichen)?  ja  nein

Zuckererkrankung(Diabetes)?  ja  nein

Anfallsleiden/ Krampfleiden(Epilepsie)?  ja  nein

Allergien?  ja  nein

Wenn ja, auf was? \_\_\_\_\_

Medikamente?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein

Name, Anschrift u. Telefon Ihres Hausarztes

---

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

Wenn ja, welche Woche? \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?  ja  nein

Leiden Sie unter Mundgeruch?  ja  nein

Haben Sie häufig Kopf- und Nackenschmerzen  ja  nein

Wünschen Sie eine regelmäßige Erinnerung  
an Vorsorgetermine?  ja  nein

Dürfen wir Sie auch per E-Mail an Ihre Termine erinnern?  ja  nein

Wenn ja, wie lautet Ihre E- Mail Adresse?

---

Kennen Sie bereits unsere Internetseite  
[zahnarzt-schwerte.com](http://zahnarzt-schwerte.com)?  ja  nein

Hat uns jemand empfohlen?  ja  nein

Wenn ja, verraten Sie uns wer? \_\_\_\_\_

Wünschen Sie eine besondere Beratung über.....

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Amalgamentfernung?                                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Aufhellen der Zähne(Bleaching)?                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Flouridierung der Zähne?                           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Implantate?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Karies- und Parodontitisprophylaxe?                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kiefergelenksbehandlung?                           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Knirscher- und Schnarcherschienen?                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Parodontitisbehandlungen(Zahnfleischbehandlung)?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sportschutz?                                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zahnfarbene Füllungen aus Kunststoff oder Keramik? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zahnersatz?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

**Aufklärung über Risiken bei Leitungsanästhesie im Unterkiefer.**

Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet Sie darüber aufzuklären, dass in seltenen Fällen die Gefahr besteht, dass beim Einstechen der Nadel der nervus mandibularis oder nervus lingualis reversibel oder irreversibel geschädigt werden kann. Das äußert sich nach Nachlassen der Anästhesie durch anhaltendes Kribbeln oder in vorübergehender teilweise oder vollständiger Taubheit im Anästhesiebereich.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben sowie Ihr Einverständnis mit den Behandlungsbedingungen. In Ihrem Interesse bitten wir Sie, uns jegliche gesundheitlichen Veränderungen und veränderte Medikamenteneinnahme mitzuteilen.

Die gesundheitlichen Risiken müssen alle 12 Monate überprüft und mit Ihrer Unterschrift bestätigt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass:

- ich die Erklärung auf dem Patientenbogen verstanden habe. Der Abschluss meines Behandlungsvertrages ist von meinem Angaben nicht abhängig. Ich bestätige, dass diese Einwilligung freiwillig erfolgt.
- Ich vor der Einwilligung darauf hingewiesen wurde, dass ich jederzeit das Recht habe, diese Einwilligung ( auch Teilweise) für die Zukunft, schriftlich ( E- Mailrecht) zu widerrufen. Mir ist bekannt, das mein Recht auf Löschung meiner Daten erst für die Zukunft besteht.
- mir die Datenschutzerklärung der Zahnarztpraxis **Dr. Guthofer** zur Verfügung gestellt wurde. Ich habe diese zu Kenntnis genommen und mich entschieden keine eigene Ausführung mitzunehmen.  
Mir wurde erklärt, dass die Datenschutzerklärung jederzeit in der Praxis einsehen kann.

**Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können!**

---

Datum, Unterschrift des Patienten

(bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)