

ANAMNESEBOGEN



Herzlich Willkommen bei LOVE.YOUR.SMILE. by HF. Schön, dass Du bei uns bist!

Wir sorgen nicht nur für eine perfekte Zahnaesthetik, sondern auch für die nachhaltige Gesundheit Deiner Zähne. Alle Leistungen werden von Zahnärztinnen durchgeführt oder beaufsichtigt, damit Du sicher sein kannst immer ein bestmögliches Ergebnis zu bekommen.

ANGABEN ZU DEINER PERSON

Name, Vorname : _____

Geburtsdatum : _____ Geburtsort : _____

Anschrift : _____

PLZ : _____ Wohnort: _____

Beruf/ Arbeitgeber : _____

Handy : _____

E-Mail : _____

ANGABEN ZU DEINER KRANKENKASSE

Gesetzlich Privat _____
Name der Krankenkasse

ANGABEN ZU DEINER ZAHN-ZUSATZVERSICHERUNG

Vorhanden Nicht vorhanden _____
Name Versicherung

Wie/ durch wen bist Du auf uns aufmerksam geworden?

WIE ZUFRIEDEN BIST DU MIT DEINEM LÄCHELN?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

 

ANGABEN ZU DEINEM GESUNDHEITZUSTAND

Hast- oder hattest Du eine der folgenden Krankheiten?

- | | | | | |
|--|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma (schwere Atemnot) | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Rheuma | | | |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen | | | |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | | | |
| <input type="checkbox"/> HIV- Infektion | <input type="checkbox"/> Tuberkulose (TBC) | | | |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt, wenn ja, wann _____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ein- oder Durchschlafstörungen | | | | |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall, wenn ja, wann _____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Leber | | | | |
| <input type="checkbox"/> Lähmungen, wenn ja, welche _____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> Trägst Du einen Herzschrittmacher? Wenn ja, seit wann _____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> Allergische Reaktionen | | | | |
| Welche? _____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen? _____ | | | | |

Krankheiten, Probleme mit:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Magen & Darm | <input type="checkbox"/> Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Herz & Kreislauf | <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> Lunge & Bronchien | <input type="checkbox"/> Gelenke |
| <input type="checkbox"/> Haut & Schleimhäute | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Leber & Pankreas | <input type="checkbox"/> Psyche |

NIMMST DU REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE?

Ja, _____ Nein

BIST DU SCHWANGER? Ja Nein

BIST DU ALKOHOLIKER? Ja Nein

ANGABEN ZU DEINEM KONSUM VON

Zigaretten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wieviel: _____
Kaffee, Tee	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wieviel: _____
Drogen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wieviel: _____
Schlafabl.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wieviel: _____

Fragebogen zur Ermittlung von funktionellen Störungen des craniomandibulären Systems (CMD, Craniomandibuläre Dysfunktion):

	Ja	Nein
Hast Du das Gefühl, dass Dein Biss nicht stimmt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist Deine Unterkieferbeweglichkeit eingeschränkt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leidest Du unter Schmerzen in Ohr- und Kiefergelenkregion?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beobachtest Du Knack- oder Reibegeräusche beim Kauen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hast Du Verspannungen der Nacken- und/ oder Schultermuskulatur?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knirschst oder presst Du mit Deinen Zähnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hast Du regelmäßig Kopfschmerzen oder Migräne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leidest Du unter Ohrgeräuschen oder Tinnitus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hast Du Gleichgewichtsstörungen oder Schwindelgefühl?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hast Du temperaturempfindliche Zähne und/ oder freiliegende Zahnhälse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

BESTÄTIGUNG DER ANGABEN

Hiermit bestätige ich, dass die vorgenannten Angaben zu meinem Gesundheitszustand richtig sind, bzw. ich diese nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Die Informationen auf diesem Aufnahmebogen habe ich verstanden und bin einverstanden.

Datum

Unterschrift

KOMMUNIKATION PER E-MAIL

Weniger Papier schon die Umwelt! Daher kommunizieren wir in erster Linie per E-Mail mit Dir. Hierfür erbitten wir Deine ausdrückliche Zustimmung, da wir auch unter Einhaltung von höchsten Sicherheitsstandards nicht garantieren können, dass die E-Mail-Kommunikation nicht von unbefugten Dritten eingesehen werden kann.

Hiermit stimme ich der Kommunikation per E-Mail ausdrücklich zu. Diese Zustimmung beinhaltet auch Korrespondenz die personenbezogene Gesundheitsdaten enthält. Mir ist bekannt, dass nicht garantiert werden kann das diese Korrespondenz nicht von unbefugten Dritten eingesehen werden kann.

Datum

Unterschrift

TERMINVEREINBARUNGEN BZW. STORNIERUNGEN

Vereinbarte Behandlungstermine werden exklusiv für Dich reserviert! Solltest Du einen vereinbarten Termin einmal nicht einhalten können, möchten wir Dich bitten, uns dieses rechtzeitig (mind. 48 Stunden vorher) mitzuteilen. Du gibst uns damit die Gelegenheit, rechtzeitig umzudisponieren und Anderen die Gelegenheit für eine Behandlung zu ermöglichen.

Für fest vereinbarte Termine, die ohne Absage versäumt werden, berechnen wir ein Ausfallhonorar in Höhe von 75,00 EUR. Für unverschuldetes Nichterscheinen entfällt diese Regelung.

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG GEM. DSGVO ZU PERSONENBEZOGENEN DATEN

Der Schutz Deiner personenbezogenen Daten ist uns sehr wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Dich darüber zu informieren, zu welchem Zweck wir Daten erheben, speichern, verarbeiten oder weiterleiten.

Du willigst ein, dass LOVE.YOUR.SMILE. by HF – Dr. Hamide Farshi – Poelchaukamp 22 in 22301 Hamburg, personenbezogenen Daten von Dir erhebt, speichert und verarbeitet. Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Dir und LOVE.YOUR.SMILE by HF – Dr. Hamide Farshi und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Deine personenbezogenen Daten, insbesondere Deine Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnese, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Zahnärzte, Ärzte oder Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden etc., bei denen Du in Behandlung bist, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Ordinationen, Überweisungen, Arztbriefen etc). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Deine Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Wir übermitteln Deine personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies erforderlich und gesetzlich erlaubt ist oder Du eingewilligt hast. Empfänger Deiner personenbezogenen Daten können unter anderem andere Zahnärzte, Ärzte oder Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden, Zahntechniker, die Kassenzahnärztliche Vereinigung, Beihilfestellen, private Krankenversicherungen, gesetzliche Krankenkassen, Gutachter, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, die Zahnärztekammer und privat(zahn)ärztliche Verrechnungsstellen sowie Steuerberater und die Finanzverwaltung sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zur Abstimmung von zahnmedizinischen und interdisziplinären Sachverhalten in Bezug auf Deine allgemeine-, bzw. Deine Zahngesundheit, zur Abrechnung der bei Dir erbrachten Leistungen und/ oder zur Klärung von Fragen, die sich aus Deinem Versicherungsverhältnis ergeben.

Du kannst diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen, indem Du uns postalisch oder per E-Mail an smile@loveyourmile-hh.de Deiner personenbezogenen Daten mitteilst. Wir weisen Dich darauf hin, dass Du ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit hast (Art. 15-21 DS-GVO), sowie auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde (Art. 77 DS-GVO).


Datum


Unterschrift