

Dr. med. Dr. med. dent. Dirk Möhle

Arzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie - plastische Operationen

Anamnese - Screening - Bogen

(Selbstverständlich werden alle Angaben entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht streng vertraulich behandelt)

Name, Vornamegeb. am

AnschriftTelefon/Mobil.....

Beruf..... E-Mail:.....

Krankenkasse/ Krankenversicherung

Sind Sie von der Rezeptgebühr befreit? ja (**Nachweis vorzeigen!**) nein

Name, Vorname des Versichertengeb. am

Wer hat Sie
überwiesen/empfohlen.....Ort.....

Wer ist Ihr Zahnarzt.....Ort.....

Kieferorthopäde.....Ort.....

Wer ist Ihr Hautarzt/Hausarzt/Kinderarzt?.....Ort.....

Leiden oder litten Sie an nachstehend aufgeführten Krankheiten:

	Ja	Nein		Ja	Nein
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bypass / Stent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma / COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutarmut / Anämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose (TBC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit-Typ:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A / B / C / D / E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bestrahlung/Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?.....			Wenn ja, was?.....		

Sonstige Erkrankungen (z.B. MRSA, Osteoporose, etc):.....

Zusatzfragen an Frauen: Könnten Sie schwanger sein?Ja,.....SSWNein
Stillen Sie?JaNein

Treten bei Ihnen nach Verletzungen oder Zahnentfernung stärkere Blutungen auf?JaNein

Nehmen Sie gerinnungshemmende / blutverdünnende Medikamente ein?JaNein

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit regelmäßig ein?
.....

Nehmen Sie Medikamente für den Knochen ein (Bisphosphonate, z.B. Alendronat?)JaNein

Besitzen Sie einen **Marcumar-Pass** oder **Allergiepass**?JaNein

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung?JaNein
Wenn ja, wo und weswegen?
.....

Aus welchem Grund suchen Sie meine Praxis auf? (kurze stichwortartige Angabe)
.....

Wie sind Sie auf uns Aufmerksam geworden? Arzt: ____ Empfehlung: ____ Internet: ____

Datum: Unterschrift:

>>Rückseite bitte beachten>>

An alle Patienten, Einwilligungserklärung:

Im Rahmen meiner Behandlung werden Daten über meine Person und meine medizinischen Daten erhoben, verarbeitet und genutzt und können unter der Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (Krankenkassen, mitbehandelnde Zahnärzte, andere Einrichtungen des Gesundheitswesens oder medizinische Dienstleister) übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die MKG-Chirurgische Praxis Dr. Dr. Dirk Möhle

- sich zur Verarbeitung meiner elektronisch gespeicherten Daten teilweise externer Dienstleister (z. B. Rechenzentren, Softwarehäuser, Softwarespezialisten) bedient, um einen ordnungsgemäßen Betrieb von informationstechnischen Systemen zur gewährleisten.
- die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hauszahnarzt oder Hausarzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung auch auf elektronischem Wege übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hauszahnarzt oder Hausarzt.
- die bei meinem Hauszahnarzt oder Hausarzt oder sonstigem Behandler vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern kann.
- an folgende Angehörige, Personen, Pflegedienste, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten weitergegeben werden dürfen:
(Bitte Namen notieren, wenn kein Name angegeben wurde, gilt es für uns, das wir nur mit Ihnen alles besprechen dürfen.)

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Datum:

Unterschrift:

Das Folgende gilt für **Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung** und für **Privatpatienten**:

Die für Sie erbrachten Leistungen werden entsprechend der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Dabei unterscheidet der behandelnde Zahnarzt anhand des Umfangs und der Schwierigkeit der Behandlung, in welcher Höhe zwischen dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes abgerechnet wird. Abweichungen hiervon bedürfen der schriftlichen Vereinbarung.

Datum:

Unterschrift:

**Bitte bringen Sie den
Anamnesebogen ausgefüllt wieder zurück!**