



Dr. med. dent. Insa Dietrich

Zahnärztin  
Zahntechnikerin  
Tätigkeitsschwerpunkt Endodontie

Dr. Dr. med. Holger Dietrich

Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie  
Zahnarzt  
Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

## Anamnesebogen

### Liebe Patientin, lieber Patient,

Bevor wir mit Ihrer Behandlung beginnen, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, da auch Allgemeinerkrankungen Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können. Deswegen bitten wir Sie, diesen **Erhebungsbogen** auszufüllen. Selbstverständlich werden diese Informationen durch unsere Praxis mit der größtmöglichen Sorgfalt verwaltet. Um Ihnen einen Überblick über die zu Ihnen geführten Daten und den Datenschutz der Praxis zu geben, nehmen Sie bitte die entsprechend ausgehändigte **Datenschutzerklärung**, sowie die ausgehängte **Patienteninformation zum Datenschutz** (gemäß Artikel 13 DSGVO) zur Kenntnis.

### Persönliches

Name/Vorname	Geburtsdatum
Straße/Nr	PLZ/Ort
Telefon	Beruf
E-Mail Adresse	Krankenkasse

### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name/Vorname	Geburtsdatum
Straße/Nr	PLZ/Ort

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Internet  Familie  Kollegen

### Wer ist Ihr Hausarzt bzw. Ihr Zahnarzt?

Hausarzt	Zahnarzt
----------	----------

### Allgemeiner Gesundheitszustand

Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	Asthma bronchiale (spraypflichtig)	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus (insulinpflichtig)	<input type="checkbox"/>
Allergische Reaktionen, welche?	_____		<input type="checkbox"/>
Medikamentenunverträglichkeiten, welche?	_____		<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall, Lähmungen	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>
Gelbsucht, Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>
Aids/HIV	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen/Blutgerinnungsstörungen			<input type="checkbox"/>
Bestehen zur Zeit andere Krankheiten?	_____		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	_____		
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?	_____		
Besteht eine Schwangerschaft? Welcher Monat?	_____		

Bitte wenden



Dr. med. dent. Insa Dietrich

Zahnärztin  
Zahntechnikerin

Dr. Dr. med. Holger Dietrich

Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie  
Zahnarzt  
Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

## **Einwilligung in die Speicherung personenbezogener Daten gemäß Artikel 13 DS GVO**

### **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

im Rahmen Ihrer Behandlung müssen wir Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versicherungsstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand erheben.

Folgende persönliche Daten verarbeiten wir:

- Persönliche Angaben (z.B. Vor- und Nachnamen, Adresse, Geburtsdatum und -ort, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Versicherungsstatus);
- Gesundheitsdaten (Anamnese, Befunde, Therapie)

Angaben zu Kindern erheben wir nur dann, wenn diese durch die Erziehungsberechtigten in unserer Praxis als Patient vorgestellt werden.

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

- Erbringen von zahnärztlichen Leistungen und deren Abrechnung
- Recall-Service (Terminverschiebung, -erinnerung und -absage)
- Beantwortung von Anfragen, Zuweisung von Terminen
- Weitergabe von Diagnosen und Therapien an überweisende Praxen durch einen Befundbericht

durch die Praxis zu.

Ich habe die ausführliche Datenschutzerklärung der Praxis erhalten, sowie die ausgehängte Patienteninformation zum Datenschutz zur Kenntnis genommen.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich die Zustimmung zur Speicherung und Verarbeitung 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).

Emden, den

---

**Unterschrift Patient/in**