



DENTALPRAXIS AM RATHAUS  
DR. MED. DENT. HAMIDE FARSHI

## Anamnesebogen

### Angaben zu Ihrer Person

Name, Vorname : \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum : \_\_\_\_\_ Geburtsort : \_\_\_\_\_  
Anschrift : \_\_\_\_\_  
PLZ : \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_  
Handy : \_\_\_\_\_  
E-Mail : \_\_\_\_\_

### Angaben zu Ihrer Krankenversicherung

Gesetzlich : \_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse  
 Privat : \_\_\_\_\_  
Name des Krankenversicherungsunternehmens

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

### Angaben zu Ihrer Zahnzusatzversicherung (nur für Versicherte einer gesetzlichen Krankenkasse)

Nicht vorhanden  Vorhanden \_\_\_\_\_  
Name des Krankenversicherungsunternehmens

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Lächeln?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sehr unzufrieden

Sehr zufrieden

### Anmeldung zu unseren kostenlosen Service-Leistungen

Eine gute Mundhygiene und regelmäßige Prophylaxe sind die besten Garanten für gesunde Zähne. Wir empfehlen Ihnen daher sehr, regelmäßig unseren Kontrolluntersuchungs- und Zahnreinigungs-Service in Anspruch zu nehmen.

Kostenloser Termin-Service     ja     nein

Sie interessieren sich für nützliche Informationen rund um Ihre Zahngesundheit? In unserem monatlichen Newsletter informieren wir Sie gerne.

Kostenloser Newsletter         ja     nein

### Für Ihre Behandlungsakte erbitten wir folgende Angaben bezüglich Ihres Gesundheitszustandes

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

- Asthma (schwere Atemnot)
- Hepatitis     A     B     C
- Diabetes
- Rheuma
- Anfallsleiden (Epilepsie)
- Bluterkrankungen
- Schilddrüsenerkrankung
- Blutgerinnungsstörungen
- HIV- Infektion
- Herzinfarkt, wenn ja, wann \_\_\_\_\_
- TBC
- Schlaganfall, wenn ja, wann \_\_\_\_\_
- Leberkrankheiten
- Lähmungen, wenn ja, welche \_\_\_\_\_
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher? wenn ja, seit wann \_\_\_\_\_
- Ein- oder Durchschlafstörungen
- Allergische Reaktionen  
Welche? \_\_\_\_\_
- Sonstige Erkrankungen? \_\_\_\_\_
- Krankheiten, Probleme mit:
  - Magen & Darm                       Blutdruck
  - Herz & Kreislauf                     Stress
  - Lunge & Bronchien                 Gelenke
  - Haut & Schleimhäute               Kopfschmerzen
  - Leber & Pankreas                   Psyche

### Konsum von:

- Zigaretten     Nein     Ja    Wieviel: \_\_\_\_\_
- Kaffee, Tee     Nein     Ja    Wieviel: \_\_\_\_\_
- Drogen         Nein     Ja    Wieviel: \_\_\_\_\_
- Schlaftabl.     Nein     Ja    Wieviel: \_\_\_\_\_

### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Ja, \_\_\_\_\_  Nein

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja, \_\_\_\_\_ Monat  Nein

### Hier möchten wir Sie bitten, uns einige allgemeine Fragen zu beantworten:

Welche Wünsche und Erwartungen setzen Sie in unsere Behandlung?

\_\_\_\_\_

Wie schätzen Sie ihre derzeitige Zahn-/ Kiefersituation ein?

\_\_\_\_\_

Wie schätzen Sie Ihren derzeitigen allgemeinen Gesundheitszustand ein?

\_\_\_\_\_

Wie viele Kinder unter 18 Jahren leben in Ihrem Haushalt? Und welches Alter?

\_\_\_\_\_

### Terminvereinbarungen bzw. Stornierungen

Sollten Sie ihre vereinbarten Termine nicht einhalten können möchten wir Sie bitten, uns dieses rechtzeitig (mind. 24 Stunden vorher) mitzuteilen. Sie geben uns damit die Gelegenheit, rechtzeitig umzudisponieren und anderen Patienten 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. Diese Regelung gilt ebenfalls für die vereinbarten Termine zur professionellen Zahnreinigung. (für unverschuldetes Nichterscheinen entfällt diese Regelung)



**EUROPEAN CMD CENTRE**  
**DR. MED.DENT. HAMIDE FARSHI, M.D.SC.**

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

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Biss nicht stimmt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist Ihre Unterkieferbeweglichkeit eingeschränkt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Schmerzen in Ohr- Und Kiefergelenkregion?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beobachten Sie Knack- oder Reibegeräusche beim Kauen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Verspannungen der Nacken- und/ oder Schulter-Muskulatur?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knirschen oder pressen Sie mit Ihren Zähnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Ohrgeräuschen oder Tinnitus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Gleichgewichtsstörungen oder Schwindelgefühl?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie temperaturempfindliche Zähne und/ oder freiliegende Zahnhälse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Bestätigung der Angaben zum Gesundheitszustand**

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorgenannten Angaben zu meinem Gesundheitszustand richtig sind, bzw. ich diese nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Datum

Unterschrift des Patienten/ Versicherten

### Kommunikation per E-Mail

Weniger Papier schon die Umwelt. Daher kommunizieren wir gern per E-Mail mit Ihnen. Hierfür erbitten wir Ihre 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 zwischen mir und der Dentalpraxis am Rathaus – Dr. Hamide Farshi - 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 des Patienten/ Versicherten

### Einwilligungserklärungen gemäß Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zu personenbezogenen Daten

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert, verarbeitet oder weiterleitet.

Ich willige ein, dass die Dentalpraxis am Rathaus – Dr. Hamide Farshi – Große Johannisstr. 19 in 20457 Hamburg, personenbezogenen Daten von mir erheben, speichern und verarbeiten darf. Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Zahnärzte, Ärzte oder Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden etc., bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Ordinationen, Überweisungen, Arztbriefen etc). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies erforderlich und gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem 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 Ihre allgemeine oder Ihre Zahngesundheit, zur Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von Fragen, die sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergeben.

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen kann, indem ich die Dentalpraxis am Rathaus – Dr. Hamide Farshi – Große Johannisstr. 19 in 20457 Hamburg postalisch oder per E-Mail [mail@hamidefarshi.de](mailto:mail@hamidefarshi.de) meinen Widerruf gegen die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten mitteile. Die Dentalpraxis am Rathaus – Dr. Hamide Farshi - weist Sie darauf hin, dass Sie ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit haben (Art. 15-21 DS-GVO), sowie auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde (Art. 77 DS-GVO).

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten/ Versicherten