



DENTALPRAXIS IM JOHANNISCONTOR
HAMIDE FARSHI

Anamnesebogen

Patient

Name, Vorname : _____

Geburtsdatum : _____ Geburtsort : _____

Anschrift : _____

PLZ : _____ Wohnort: _____

Handy : _____

E-Mail : _____

Bankinstitut : _____

Kontoinhaber : _____

IBAN : _____

BIC : _____

Versicherter (falls abweichend vom Patienten)

Name, Vorname : _____

Geburtsdatum : _____ Geburtsort : _____

Anschrift : _____

PLZ : _____ Wohnort: _____

Handy : _____

E-Mail : _____

Bankinstitut : _____

Kontoinhaber : _____

IBAN : _____

BIC : _____

Angaben zu Ihrer Krankenversicherung

Gesetzlich : _____

Freiwillig versichert Pflichtversichert

Privat : _____

Anmeldung zu unserem kostenlosen Termin-Service

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.

Gerne kommen wir auf Sie zu und bieten Ihnen regelmäßig entsprechende Termine an, Sie selbst müssen sich dann nicht merken wann der nächste Kontrolluntersuchungs- und Zahnreinigungs-Service wieder dran ist.

Datum

Unterschrift des Patienten/ Versicherten

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: _____
Schlafabl. 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?

Aus welchen Gründen haben Sie sich für unsere Praxis entschieden?

Von wem wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen?

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

	Ja	Nein
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 im Johanniscontor – 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 im Johanniscontor – 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 im Johanniscontor – Dr. Hamide Farshi – Große Johannisstr. 19 in 20457 Hamburg postalisch oder per E-Mail mail@hamidefarshi.de meinen Widerruf gegen die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten mitteile. Die Dentalpraxis im Johanniscontor – 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

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)

Datum

Unterschrift des Patienten/ Versicherten