



## ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir, das Team der Zahnmedizinischen Praxisklinik Dr. Philipp Stoll, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt in der Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

### Persönliche Angaben

Name	_____	Titel	_____
Vorname	_____		
Geburtsdatum	_____		
Straße/Nr.	_____		
PLZ/Ort	_____		
Arbeitgeber	_____		
Beruf	_____		
Telefon privat	_____		
Telefon mobil	_____		
E-Mail	_____		
Hausarzt	_____		

### Angaben zu Ihrer Gesundheit:

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie  
eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

### Krankenkasse | Versicherung

Gesetzlich versichert:	<input type="checkbox"/> Freiwillig	<input type="checkbox"/> Pflicht
Privat versichert:	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allergien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche? _____		
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzfehler/künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Endokarditisprophylaxe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ohrensausen/Tinnitus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Grüner Star	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leber	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nieren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gelenke (Rheuma)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Immunsuppression	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Andere nicht aufgeführte Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche? _____		
_____		
_____		

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied  
sind, wer ist versichert?

Name, Vorname	_____
Geburtsdatum	_____
Straße/Nr.	_____
PLZ/Ort	_____
Telefon privat	_____

**Leiden Sie unter folgenden Infektionskrankheiten?**

- Hepatitis
- Tuberkulose
- Creutzfeldt-Jakob (CJK)
- Varianten Creutzfeldt-Jakob (VCJK)
- HIV/AIDS
- MRSA (Krankenhauskeim)

**Zu Ihrer Zahngesundheit**

Grund Ihres Besuches/besondere Wünsche und Erwartungen?

- Routinekontrolle
- Beratung
- Sonstige Gründe
- Neuer Zahnersatz
- „Zweite Meinung“

**Leiden Sie unter Zahnschmerzen?**

- Blutet Ihr Zahnfleisch?  ja  nein
- Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?  ja  nein
- Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?  ja  nein
- Haben Sie sich bereits zum Thema Prophylaxe informiert?  ja  nein
- Leiden Sie unter Mundgeruch?  ja  nein
- Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?  ja  nein
- Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden?  ja  nein
- Wurde bei Ihnen bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?  ja  nein
- Sonstige Gründe?

**Welche Medikamente nehmen Sie ein?**

- Blutdruckmedikamente
- Bisphosphonate
- Schmerzmittel
- Blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, Xarelto, Eliquis, Pradaxa oder ASS
- Herzmedikamente
- Cortison (Kortikoide)
- Antidepressiva

Welche anderen Medikamente nehmen Sie ein?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten?**

Wenn ja, gegen welche?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?**  ja  nein

Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  ja  nein

Wann war Ihre letzte Röntgen-Untersuchung? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Hinweis zur Organisation: Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen.

Ort, Datum

Unterschrift



## KOSTENÜBERNAHME DURCH KRANKENKASSEN UND VERSICHERUNGEN

Unser Ziel ist es, jedem Patienten, unabhängig von seinem Versicherungsstatus, eine **hochwertige Zahnmedizin** nach modernsten Standards und internationalen wissenschaftlichen Kriterien zu bieten.

Wir arbeiten mit allen gesetzlichen und privaten Krankenkassen zusammen. Inwieweit und zu welchen Anteilen Ihre Versicherung jedoch bestimmte Leistungen übernimmt, kann von uns leider nicht beeinflusst werden.

Bei größeren Versorgungsmöglichkeiten empfehlen wir Ihnen daher im Vorfeld einen **Kostenvoranschlag** bei Ihrer Versicherung einzureichen, um finanzielle Planungssicherheit zu haben. Wünschen Sie eine **Finanzierung und Ratenzahlung** lässt sich dies problemlos realisieren. Bitte sprechen Sie uns zu diesen Möglichkeiten an.

Wir versuchen, die Termine für unsere Kunden optimal zu koordinieren. Sollten Sie vor einem Termin **erkranken** oder **verhindert sein**, bitten wir Sie, uns im Vorfeld **sobald als möglich darüber zu informieren**.

Wir bitten Sie mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen, dass Sie die oben genannten Informationen zur Kenntnis genommen haben.

Ort, Datum

Unterschrift

**Herzlichen Dank für das von Ihnen entgegengebrachte Vertrauen und Ihre Mitarbeit!**

Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserer zahnmedizinischen Praxisklinik!

**Dr. med. dent. Philipp Stoll**



## INFORMATIONEN ZUR ERHEBUNG PERSONENBEZOGENER DATEN

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie darüber informieren, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden. Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind (z. B. Name, Adresse, Gesundheitsdaten).

Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO notwendig. Ohne die Erhebung und Speicherung der Daten ist die Behandlung nicht möglich. Die von Ihnen erhobenen und gespeicherten Gesundheitsdaten sind besondere Daten, deren Berechtigung zur Verarbeitung aus Art. 9 Abs. 2 h) EU-DSGVO folgt.

Verantwortlich für die Erhebung und Speicherung der Daten ist die:

Zahnmedizinische Praxisklinik Dr. Philipp Stoll,  
erreichbar unter der Praxisanschrift  
Pommernstr. 15/17 79761 Waldshut-Tiengen  
E-Mail: [info@praxisklinik-stoll.de](mailto:info@praxisklinik-stoll.de)  
und Telefonnummer 07741 / 64 08 199

Die bei uns über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten werden im Einzelfall nur dann weitergegeben, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind (bspw. gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Medizinischer Dienst der Krankenkassen), die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist oder Sie in die Weitergabe eingewilligt haben. Die Weitergabe erfolgt nur in dem notwendigen oder von Ihnen bewilligten Umfang.

Die gespeicherten Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck der Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Im Übrigen haben wir gesetzliche Aufbewahrungspflichten zu erfüllen, die uns dazu verpflichten Gesundheitsdaten (Patientenakte) aufzubewahren (§ 630f Abs. 3 BGB, § 28 Abs. 3 RöV).

Sie haben uns gegenüber folgende Rechte, hinsichtlich der bei uns über Sie gespeicherten Daten:

- Recht auf Berichtigung und Löschung
- Recht auf Auskunft
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihr Recht auf Löschung der Daten gemäß Art. 17 Abs. 3 b) EU-DSGVO nur im Rahmen der Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten, die uns gesetzlich auferlegt sind, erfolgen kann (§ 630f Abs. 3 BGB).

Ihnen steht weiterhin ein Beschwerderecht beim Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit in Baden-Württemberg zu.

### Ihre Zahnmedizinische Praxisklinik Dr. Stoll

Ort, Datum

Unterschrift