

Anamnesebogen (medical history form)

Das Praxisteam Dr. Schöberlein möchte Sie recht herzlich als neuen Patienten begrüßen. Wir freuen uns, Ihnen mit Rat und Tat zur Seite stehen zu dürfen.

Wir möchten Sie darauf hinweisen dass alle Angaben, die nicht mit dem Gesundheitszustand in Verbindung stehen, freiwillig, jedoch wichtig für die Behandlung sind.

The team around Dr. Selina Schöberlein would like to welcome you as a new patient. We are looking forward to provide an advice and support for you. We would like to point out kindly that all information is voluntary and is important for the treatment process.

Nachname (family name), Vorname (first name)

Geburtsdatum (date of birth)

Straße, Hausnummer (adress)

PLZ, Ort (zip code, city)

Telefon (privat) (phone number home)

Telefon (mobil) (phone number mobil)

E- Mail (e-mail)

Versicherung/ Krankenkasse (insurance company name)

Sind Patient und Zahlungspflichtiger/Rechnungsempfänger/Hauptversicherter nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

If insured person is different from patient mentioned above please fill in:

Nachname, Vorname (family name, first name)

Geburtsdatum (date of birth)

(Zahlungspflichtiger/ Rechnungsempfänger/Hauptversicherter)(insured person)

Straße, Hausnummer (adress)

PLZ, Ort (zip code, city)

I confirm with my signature that I am entitled to sign for both legal guardians, or that I am the only legal guardian.

Ort, Datum (City, Date)

Unterschrift Patient / gesetzliche(r) Vertreter
(patient signature / legal guardian signature)

Wichtige Informationen (Important information):

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten zum Zweck der Behandlung, stimme ich zu. (All information is subject to professional medical confidentiality and data protection regulations and are therefore treated as strictly confidential. I agree to the storage of my personal data.)
- Ich werde Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretende Änderungen informieren. (I release Dr. S. Schöberlein from medical confidentiality as far as it is necessary for data processing by the tax consultant.)
- Nach einer Behandlung mit Anästhesie können Sie in Ihrer Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein. (After a local anesthetic your ability to react may be reduced. Please take note with regard to active participation in road traffic.)
- Ich bin damit einverstanden, dass eine Korrespondenz per Email zwischen der Praxis Dr. Selina Schöberlein und der von mir angegebenen Emailadresse erfolgen darf. (I agree that a correspondence may be sent by email between the dental practice Dr. Selina Schöberlein and the email I have provided)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Please answer the following questions regarding your state of health as exactly as possible:

Herzinsuffizienz (heart failure)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	
Koronare Herzerkrankung, Angina pectoris (coronary heart disease, angina pectoris)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	
Herzinfarkt (heart attack)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	if yes, when?
<hr/>			
Herzrhythmusstörungen (heart rhythm disorder)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	
Herzschrittmacher (pacemaker)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	
Herzoperation (heart surgery)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	if yes, when?
<hr/>			
Herzklappenfehler/-ersatz (artificial heart valves)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	if yes, since when?
<hr/>			
erhöhter Blutdruck (hypertension)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	
niedriger Blutdruck (hypotension)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	
Mangeldurchblutung des ZNS/Apoplex (Hypoperfusion central nervous system)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	
Blutgerinnungsstörung organisch (coagulation disorder)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	
oder wegen Medikamenten (coagulation disorder caused by medication)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	
z.B. durch Einnahme von (for example): Marcumar /Plavix /ASS / Xarelto			
<hr/>			
Asthma (asthma)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	
Lungenerkrankungen (lung disease)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	
Schilddrüsenüberfunktion (hyperthyroidism)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	
Schilddrüsenunterfunktion (hypothyroidism)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	
Rheuma (rheumatism)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	
Künstliche Gelenke (kidney dysfunction)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	
Epilepsie (epilepsy)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	
Diabetes (diabetes)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	
Nierenfunktionsstörungen (renal impairment)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	
Ohnmachtsneigung (fainting tendency)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	
Lebererkrankung (liver disease)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	
Hepatitis (hepatitis)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Tuberkulose (tuberculosis)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	
AIDS/HIV (AIDS/HIV)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	
MRSA (MRSA)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	
Creutzfeldt Jakob Krankheit und deren Varianten (Creutzfeldt Jakob disease and their variations)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	
Andere: (other:)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	
<hr/>			
Tumorerkrankung (tumors, cancer)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	
Organ/Region: (organ/region:) _____			
Radio- bzw. Chemotherapie (radio- or – chemotherapy)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	if yes, since when?
<hr/>			
Magen-Darm-Erkrankung (gastrointestinal disease)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	
Dialyse (dialysis)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	
Glaukom (Grüner Star) (glaucoma)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	
Osteoporose (osteoporosis)	<input type="checkbox"/> Ja (yes)	<input type="checkbox"/> Nein (no)	

Allergien/Unverträglichkeiten
(allergies/intolerances)

Ja (yes) Nein (no) if yes, which one?

general information:

Drogenkonsum (drug abuse)

Ja (yes) Nein (no) if yes, which one?

Alkoholgenuss (alcohol abuse)

Ja (yes) Nein (no)

Raucher (smoking)

Ja (yes) Nein (no)

Einnahme von Bisphosphonaten
(use of bisphosphonates)

Ja (yes) Nein (no) i.V. oral

Regelmäßige Medikamente
(regular medication)

Ja (yes) Nein (no) if yes, which one?

Frühere Röntgenuntersuchung
(x-rays taken before)

Ja (yes) Nein (no) if yes, when? body region?

Schwangerschaft (pregnancy)

Ja (yes) Nein (no) if yes, which week?

Angabe des Hausarztes general practitioner

Hausarzt – Name, Adresse, Telefon (Angabe freiwillig, jedoch sinnvoll)

general practitioner – family name, first name, adress, phone number (information voluntarily, but useful)

Ich bin mit der Kontaktaufnahme zwischen meinem Zahnarzt und meinem Hausarzt, bezüglich des Datenaustauschs wenn zum Zweck der Behandlung nötig, einverstanden.

I agree with the contact between my dentist and my general practitioner, regarding the exchange of data necessary for treatment.

Datum (date)

Unterschrift Patient / gesetzliche(r) Vertreter
(patient signature / legal guardian signature)

Recall

Die Zeit vergeht so schnell, damit Sie Ihre halbjährliche Vorsorge Untersuchung und/oder Prophylaxe (Zahnreinigung) nicht vergessen, bieten wir Ihnen einen Erinnerungsservice an.

We offer a recall service to remind you of the check up / professional cleaning every half a year.

Ich wünsche den Erinnerungsservice per:

Tel.(phone number): _____

(I would like to take advance of the
recall service via):

E-Mail (e-mail): _____

Brief (letter): _____

Datum (date)

Unterschrift Patient / gesetzliche(r) Vertreter
(patient signature / legal guardian signature)

Mir ist bekannt, dass ich diese Angabe jederzeit und ohne Angabe von Gründen, bei dem Datenschutzverantwortlichen unserer Praxis, widerrufen kann.

I am aware that I can withdraw the statement anytime and without any information about the reason.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?
How did you hear about our practice?

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

(I confirm with my signature that I have read and understood the printed information.)

Ort, Datum (City, Date)	Unterschrift Patient / gesetzliche(r) Vertreter (patient signature / legal guardian signature)
-------------------------	---

Ort, Datum (City, Date)	Unterschrift Patient / gesetzliche(r) Vertreter (patient signature / legal guardian signature)
-------------------------	---

Ort, Datum (City, Date)	Unterschrift Patient / gesetzliche(r) Vertreter (patient signature / legal guardian signature)
-------------------------	---

Ort, Datum (City, Date)	Unterschrift Patient / gesetzliche(r) Vertreter (patient signature / legal guardian signature)
-------------------------	---

Ort, Datum (City, Date)	Unterschrift Patient / gesetzliche(r) Vertreter (patient signature / legal guardian signature)
-------------------------	---

Ort, Datum (City, Date)	Unterschrift Patient / gesetzliche(r) Vertreter (patient signature / legal guardian signature)
-------------------------	---

Datenschutz / Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundes-Datenschutzgesetz (BDSG)). **Eine Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben wir Ihnen ausgehändigt / liegt im Wartezimmer zur Einsichtnahme aus.** Bitte bestätigen Sie uns den Erhalt der Information / die Kenntnisnahme der Information durch Ihre Unterschrift

Data protection / Processing of personal data

Your treatment data are stored electronically in our practice; they are subject to the statutory data protection regulations (EU Data Protection Basic Regulation (DSGVO), Federal Data Protection Act (BDSG)). **We have provided you with information on the processing of your personal data / it is available for inspection in the waiting room.** Please confirm the receipt of the information / the acknowledgement of the information by your signature.

Ort, Datum (City, Date)	Unterschrift Patient / gesetzliche(r) Vertreter (patient signature / legal guardian signature)
-------------------------	---