

Anamnesebogen

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.

歯科医院へようこそ。私達は患者の皆様の立場にたって治療とアドバイスをさせていただきます。

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

身体 の健康状態に関する項目につきましては、記入義務はありませんが、治療にあたり必要なものとなりますので、ご理解いただければ幸いです。

Nachname (姓), Vorname (名) *ローマ字でご記入下さい。

Geburtsdatum (生年月日)

Straße, Hausnummer (住所)

PLZ, Ort (郵便番号、市)

Telefon (privat) (電話番号:自宅)

Telefon (mobil) (電話番号:携帯)

E-Mail (E メールアドレス)

Versicherung/ Krankenkasse (保険会社/公的保険)

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

(患者と支払い者が異なる場合は以下をご記入下さい。例:患者がお子様の場合 等)

Nachname (姓), Vorname (名)

Geburtsdatum (生年月日)

(Zahlungspflichtiger/ Rechnungsempfänger/Hauptversicherter) (支払い者/請求書受領者/保険加入者)

Straße, Hausnummer (住所)

PLZ, Ort (郵便番号、市)

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich berechtigt bin für beide Erziehungsberechtigte die Unterschrift zu leisten, bzw. die/der einzige Erziehungsberechtigte bin.

以下のサインによって、保護者として私のサインに効力があることを確認します。

Ort, Datum(場所、日付)

Unterschrift Erziehungsberechtigter/gesetzlicher Vertreter(親権者の署名)

Wichtige Informationen: (重要事項)

- 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.
(医療上知り得た全ての情報及び個人情報、情報保護に関する規則に基づき厳守されます。私は個人情報の保存に関して同意します。)
- Ich werde Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretende Änderungen informieren.
(私は治療期間中に何か変更があった場合には、即座に連絡をします。)
- Nach einer Behandlung mit Anästhesie können Sie in Ihrer Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein.
(麻酔処置を受けた後は、自動車の運転が制限されます。)
- Ich bin damit einverstanden, dass eine Korrespondenz per Email zwischen der Praxis Dr. Selina Schöberlein und der von mir angegebenen Emailadresse erfolgen darf.
(私はDr. Schöberlein 歯科医院と私が記入したメールアドレスでの通信に同意します。)

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

(あなたの健康状態に関する以下の質問に出来るだけ正確にお答え下さい。)

Herzinsuffizienz (心不全)	<input type="checkbox"/> Ja (はい)	<input type="checkbox"/> Nein (いいえ)
Koronare Herzerkrankung, Angina pectoris (冠動脈性心臓病、狭心症)	<input type="checkbox"/> Ja (はい)	<input type="checkbox"/> Nein(いいえ)
Herzinfarkt (心筋梗塞)	<input type="checkbox"/> Ja (はい)	<input type="checkbox"/> Nein(いいえ)
	wenn ja, wann? (はいの場合、いつですか?)	
<hr/>		
Herzrhythmusstörungen (不正脈)	<input type="checkbox"/> Ja (はい)	<input type="checkbox"/> Nein (いいえ)
Herzschrittmacher (心臓ペースメーカー)	<input type="checkbox"/> Ja (はい)	<input type="checkbox"/> Nein (いいえ)
Herzoperation (心臓手術)	<input type="checkbox"/> Ja (はい)	<input type="checkbox"/> Nein (いいえ)
	wenn ja, wann? (はいの場合、いつですか?)	
<hr/>		
Herzklappenfehler/-ersatz (心臓弁膜症/人工心臓弁)	<input type="checkbox"/> Ja (はい)	<input type="checkbox"/> Nein (いいえ)
	wenn ja, wann? (はいの場合、いつですか?)	
<hr/>		
erhöhter Blutdruck (高血圧)	<input type="checkbox"/> Ja (はい)	<input type="checkbox"/> Nein (いいえ)
niedriger Blutdruck (低血圧)	<input type="checkbox"/> Ja (はい)	<input type="checkbox"/> Nein (いいえ)
Mangeldurchblutung des ZNS/Apoplex (脳卒中)	<input type="checkbox"/> Ja (はい)	<input type="checkbox"/> Nein (いいえ)
Blutgerinnungsstörung organisch (器質的血液凝固障害)	<input type="checkbox"/> Ja (はい)	<input type="checkbox"/> Nein (いいえ)
oder wegen Medikamenten (もしくは薬剤による血液凝固障害)	<input type="checkbox"/> Ja (はい)	<input type="checkbox"/> Nein (いいえ)
z.B. durch Einnahme von: (薬剤例)		
Marcumar /Plavix /ASS / Xarelto (ワーファリン、プラビックス、アスピリン、リバーロキサパン)		
<hr/>		
Asthma (喘息)	<input type="checkbox"/> Ja (はい)	<input type="checkbox"/> Nein (いいえ)
Lungenerkrankungen (肺疾患)	<input type="checkbox"/> Ja (はい)	<input type="checkbox"/> Nein (いいえ)
Schilddrüsenüberfunktion (甲状腺機能亢進症)	<input type="checkbox"/> Ja (はい)	<input type="checkbox"/> Nein (いいえ)
Schilddrüsenunterfunktion (甲状腺機能低下症)	<input type="checkbox"/> Ja (はい)	<input type="checkbox"/> Nein (いいえ)
Rheuma (リュウマチ)	<input type="checkbox"/> Ja (はい)	<input type="checkbox"/> Nein (いいえ)
Künstliche Gelenke (人工関節)	<input type="checkbox"/> Ja (はい)	<input type="checkbox"/> Nein (いいえ)
Epilepsie (てんかん)	<input type="checkbox"/> Ja (はい)	<input type="checkbox"/> Nein (いいえ)
Diabetes (糖尿病)	<input type="checkbox"/> Ja (はい)	<input type="checkbox"/> Nein (いいえ)
Nierenfunktionsstörungen (腎機能障害)	<input type="checkbox"/> Ja (はい)	<input type="checkbox"/> Nein (いいえ)
Ohnmachtsneigung (失神傾向)	<input type="checkbox"/> Ja (はい)	<input type="checkbox"/> Nein (いいえ)
Lebererkrankung (肝疾患)	<input type="checkbox"/> Ja (はい)	<input type="checkbox"/> Nein (いいえ)
Hepatitis (肝炎)	<input type="checkbox"/> Ja (はい)	<input type="checkbox"/> Nein (いいえ)
	<input type="checkbox"/> A (A型)	<input type="checkbox"/> B (B型) <input type="checkbox"/> C (C型)
Tuberkulose (結核)	<input type="checkbox"/> Ja (はい)	<input type="checkbox"/> Nein (いいえ)
AIDS/HIV (エイズ/HIV)	<input type="checkbox"/> Ja (はい)	<input type="checkbox"/> Nein (いいえ)
MRSA (MRSA感染)	<input type="checkbox"/> Ja (はい)	<input type="checkbox"/> Nein (いいえ)
Creutzfeldt Jakob (クロイツフェルトヤコブ病)	<input type="checkbox"/> Ja (はい)	<input type="checkbox"/> Nein (いいえ)
Andere: (その他)	<input type="checkbox"/> Ja (はい)	<input type="checkbox"/> Nein (いいえ)
<hr/>		
Tumorerkrankung (腫瘍性疾患)	<input type="checkbox"/> Ja (はい)	<input type="checkbox"/> Nein (いいえ)
Organ (器官)//Region (部位): _____		
Radio- bzw. Chemotherapie (放射線または化学療法)	<input type="checkbox"/> Ja (はい)	<input type="checkbox"/> Nein (いいえ)
	wenn ja, wann? (はいの場合、いつですか?)	
<hr/>		

Magen-Darm-Erkrankung (胃腸疾患) Ja (はい) Nein (いいえ)
Dialyse (人工透析) Ja (はい) Nein (いいえ)
Glaukom (Grüner Star) (緑内障) Ja (はい) Nein (いいえ)
Osteoporose (骨粗鬆症) Ja (はい) Nein (いいえ)
Allergien/Unverträglichkeiten (アレルギー/不耐性) Ja (はい) Nein (いいえ)
wenn ja, welche? (はいの場合、何に対してですか?)

Allgemeine Angaben: (一般的事項)

Drogenkonsum (麻薬) Ja (はい) Nein (いいえ)
wenn ja, welche? (はいの場合、何ですか?)

Alkoholgenuss (飲酒) Ja (はい) Nein (いいえ)
Raucher (喫煙) Ja (はい) Nein (いいえ)
Einnahme von Bisphosphonaten
(ビスホスホネートの服用) Ja (はい) Nein (いいえ)
 i.V. (静脈内注射) oral (経口投与)

Regelmäßige Medikamente (定期的な薬の服用) Ja (はい) Nein (いいえ)
wenn ja, welche? (はいの場合、何に対してですか?)

Frühere Röntgenuntersuchung (以前に受けたレントゲン検査) Ja (はい) Nein (いいえ)
wenn ja, Wann? Welche Körperregion? (はいの場合、日付と体の部位を記入してください。)

Schwangerschaft (妊娠) Ja (はい) Nein (いいえ)
Wenn ja, welche Woche?
(はいの場合、妊娠何ヵ月目かを記入して下さい。)

Angabe des Hausarztes (かかりつけ医師に関する事項)

Hausarzt – Name, Adresse, Telefon (Angabe freiwillig, jedoch sinnvoll)
(かかりつけ医師-氏名、住所、電話番号 *記入は任意です)

Ich bin mit der Kontaktaufnahme zwischen meinem Zahnarzt und meinem Hausarzt, bezüglich des Datenaustauschs wenn zum Zweck der Behandlung nötig, einverstanden.
(私は歯科医師とかかりつけ医師が、診療に必要な場合、連絡を取り合うことに同意します。)

Datum: (日付)

Unterschrift Patient / gesetzliche(r) Vertreter
(患者の署名/親権者の署名)

Recall (リコール)

Die Zeit vergeht so schnell, damit Sie Ihre halbjährliche Vorsorge Untersuchung und/oder Prophylaxe (Zahnreinigung) nicht vergessen, bieten wir Ihnen einen Erinnerungsservice an.
(半年ごとの定期的な歯の検診・予防のためのクリーニングを忘れずに受けていただくため、当院では電話などによる連絡サービスを行っております。)

Ich wünsche den Erinnerungsservice per:

(私は以下の連絡先へ検診の連絡を受けることを希望します。*希望される方のみご記入下さい。):

Tel.: (電話) _____

E-Mail:(メール) _____

Brief: (手紙) _____

Datum: (日付)

Unterschrift Patient / gesetzliche(r) Vertreter
(患者の署名/親権者の署名)

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

私は、当院(Dr.Schöberlein)の情報保護責任に関して、いつでも理由を述べることなく記述した事項を撤回出来ることを知っています。

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

(私は本書面を読み、その内容を理解したものとして、以下に署名いたします。)

Ort, Datum (場所、日付) Unterschrift Patient (患者の署名)/ gesetzliche(r) Vertreter (親権者の署名)

Ort, Datum (場所、日付) Unterschrift Patient (患者の署名)/ gesetzliche(r) Vertreter(親権者の署名)

Ort, Datum (場所、日付) Unterschrift Patient (患者の署名)/ gesetzliche(r) Vertreter (親権者の署名)

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

個人情報の保護/ 個人に関するデータの訂正について

当院での患者様の治療記録は、EU一般データ保護規則 (EU-Datenschutz-Grundverordnung) /

ドイツ連邦データ保護法(Bundes-Datenschutzgesetz) にのっとり、デジタル化して保存されております。

個人に関するデータの訂正についてのお知らせは、直接のお渡し、または待合室でご覧いただけるようになっております。

お知らせを受け取ったこと、またはサインによってお知らせを了承したことを私どもにお知らせいただけたら幸いです。

。

Ort, Datum(場所、日付) Unterschrift Patient(患者の署名) / gesetzlicher Vertreter(親権者の署名)