



Anmelde- und Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Für einen sicheren Behandlungsablauf möchten wir Sie bitten, uns neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand mitzuteilen. Die Vollständigkeit Ihrer Angaben soll mögliche Komplikationen reduzieren und ermöglicht eine individuelle Behandlungsplanung.

Persönliche Angaben

Name, Vorname _____ Geb.datum _____ Tel. Mobil/Arbeit _____

Mail _____ Adresse _____

Ihr Arbeitgeber _____ Ihr Beruf _____

Ihr Zahnarzt _____ Ihr Hausarzt _____

Krankenkasse · Versicherung

Gesetzlich versichert Privat versichert Welche Versicherung? _____

Bestehende Erkrankungen und Therapien

Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
(z.B. Hämophilie, v.W.J.-Syndrom)

Gerinnungshemmende / blutverdünnende
Medikamente Ja Nein
(z.B. Marcumar®, Eliquis®, Pradaxa®, Falithrom®,
Xarelto®, ASS, Plavix®, o.a.)

Dauerhafte/momentane
Medikamenteneinnahme Ja Nein
Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Medikamente für den
Knochenstoffwechsel ein? Ja Nein
(z.B. Bisphosphonate {Clodronat (Bonefos®), Pamid-
ronat (Aredia®), Ibandronat (Bondronat®, Bonviva®)},
Zometa®, Alendronsäure o.a.)
Denosumab (z.B. Prolia®, Xgeva®)

Allergien oder Medikamenten-
unverträglichkeiten Ja Nein

Haben Sie eine Immunschwäche / Immun-
suppression (Zustand nach Organtransplantation)
 Ja Nein

Haben Sie einen Allergiepass/Herzpass?
 Ja Nein Wenn ja, Bitte vorlegen!

Dr. med. Dr. med. dent. Stefan Mayr
Facharzt für Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie

Franziskanergasse 14 · 86152 Augsburg
Tel 0821 50802270 · Fax 0821 50802271

info@mkg-vincentinum.de
mkg-vincentinum.de

Herz-, Kreislaufferkrankungen
 Ja Nein
(z.B. Klappenersatz, Rhythmusstörungen,
Herzschrittmacher, Angina pectoris/Infarkt,
Bluthochdruck)

Atemwegserkrankungen Ja Nein
(z.B. chron. Bronchitis, Asthma)

Infektionskrankheiten Ja Nein
(z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose,
Creutzfeldt-Jakob (CJK)/Varianten CJK)

Tumorerkrankungen (auch zurückliegende)
 Ja Nein Wenn ja, welche?

Knochenkrankungen Ja Nein
(z.B. Osteoporose) Wenn ja, welche Medika-
mente nehmen Sie?

Bestrahlungen / Strahlentherapie
(im Kopf-, Halsbereich) Ja Nein

Stoffwechselerkrankungen Ja Nein
(z.B. Diabetes, Schilddrüse)

Chronische Erkrankungen des
Magen-Darm-Traktes Ja Nein
(z.B. Mrb. Crohn, Gastritis)

Leiden Sie an einer anderen Erkrankung?
 Ja Nein

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?
 Ja Nein

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?
 Ja Nein Ungewiss
Wenn ja, in welcher Woche?

Rauchen Sie? Ja Nein

Wurden Aufnahmen (z.B. Röntgen, CT, MRT)
des Kopfes, der Kiefer oder der Zähne
erstellt? Wenn ja, welche, wann und wo?

→ 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 Vollständigkeit und Richtigkeit meiner
obigen Angaben. Ich verpflichte mich,
Änderungen meiner Angaben rechtzeitig
mitzuteilen.

Ort, Datum
Unterschrift Patient/in oder
Erziehungsberechtigte/r

**Wir danken Ihnen herzlich für Ihre
Beantwortungszeit! Ihr Team der Praxis
für mkg am vincentinum**

Datenschutzerklärung – Einwilligungserklärung des Patienten

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass im Rahmen Ihrer Behandlung in dieser Praxis Behandlungsunterlagen (wie Röntgenbilder, Fotos, Modelle und Behandlungsmitschriften) erstellt werden. Diese dienen der Diagnostik, Dokumentation, Aufklärung, Planung, sowie Durchführung Ihrer Behandlung.

Diese Behandlungsunterlagen können, falls medizinisch notwendig, mit Ihrem Einverständnis auch an Dritte, z.B. Spezialisten, Fachärzte, Physiotherapeuten, sowie entsprechende Abrechnungsstellen weitergeleitet aber auch von uns angefordert werden, falls diese nicht vollständig vorliegen.

Datenschutzerklärung gemäß Artikel 13-15 DSGVO /Art. 6+7 Abs. 1 Bitte kreuzen Sie an	Ja / Stimme zu	Nein / Stimme nicht zu
Ich bin mit der Erfassung, Speicherung, Verwendung und Verarbeitung meiner Patientendaten und Behandlungsunterlagen einverstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin damit einverstanden, dass noch fehlende Unterlagen von überweisenden Ärzten per Post, per Mail oder Fax angefordert werden dürfen und falls nötig auch an Dritte weitergegeben werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir ist bekannt, dass ich jederzeit dazu berechtigt bin, bereits angegebene Daten oder Zustimmungen schriftlich oder per Email zu widerrufen , Auskünfte über meine erhobenen Daten zu erhalten und diese auf meinen Wunsch hin jederzeit löschen zu lassen. (Ohne meinen schriftlichen Widerruf verbleiben Unterlagen vor Vernichtung bis zu 10 Jahren vertrauensvoll in der Praxis!)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin damit einverstanden, dass Sie mich zum Zwecke von Terminkoordinationen, Klärung gesundheitlicher Fragen o.Ä. anrufen oder per Mail kontaktieren dürfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Diese Person darf auf meinen ausdrücklichen Wunsch Auskunft über meine Behandlung/ Behandlungsverlauf oder meinen Gesundheitszustand im Verlauf unserer Behandlung erhalten, insofern ich nicht minderjährig bin oder einen gesetzlichen Betreuer habe:</p> <p>_____</p> <p>Vollständiger Vor- und Zuname / Telefonnummer - wie stehe ich zu dieser Person (Ehegatte, Lebenspartner, Freund...)</p>		

Vollständiger Name des Patienten

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

Augsburg, den// 2022