

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
sehr geehrte*r Betreuer*in bzw. Bevollmächtigte*r,

wir dürfen Sie bzw. Ihren Anvertrauten beim mobilen Dienst unseres ZMVZ ganz herzlich willkommen heißen.
Um uns gut auf Sie und Ihre Belange vorbereiten zu können, bitten wir Sie um folgende Auskünfte:

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name _____ Titel _____

Vorname _____ Geburtsdatum, -ort _____

PFLEGEEINRICHTUNG

Name _____ Straße • Hausnummer _____

PLZ • Ort _____ Telefon _____

Station • Zimmernummer _____

HAUSARZT*

Praxisname und Anschrift _____

Telefon _____

WIE SIND SIE VERSICHERT? Zutreffende Punkte bitte ankreuzen.

Krankenkasse _____

Gesetzlich versichert Privat versichert

ANGABEN BETREUER*IN BZW. BEVOLLMÄCHTIGTE*R

Name _____ Vorname _____

Straße • Hausnummer _____ PLZ • Ort _____

Telefon (Festnetz • mobil) _____ E-Mail** _____

Falls Ihnen ein Betreuerausweis vorliegt, bitte fügen Sie uns diesen bei.

Als Betreuer*in bzw. Bevollmächtigte*r stimme ich der zahnärztlichen Betreuung meines/meiner Anvertrauten zu. Über mögliche Folgebehandlungen bzw. eventuell entstehende Kosten (z.B. Zahnersatz) werde ich vorab unterrichtet, um dann weitere Entscheidungen treffen zu können.

Ort • Datum

Unterschrift Betreuer*in bzw. Bevollmächtigte*r

Der/Die Patient*in ist: bettlägerig mobil mit Rollstuhl mobil mit Rollator mobil
Die Mundpflege erfolgt: selbstständig teilweise selbstständig pflegegestützt eingeschränkte Mundöffnung
Die Kommunikation ist: normal eingeschränkt unmöglich

Haben Sie • Ihr*e Patient*in einen Pflegegrad? (Falls ja, bitte Pflegegradbescheinigung beifügen.) Zutreffende Punkte bitte ankreuzen.

Ja Grad 1 Grad 2 Grad 3 Grad 4 Grad 5

* Freiwillige Angabe – wenn die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bezüglich einer Einwilligung auf Sie zu.
** Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT Zutreffende Punkte bitte ankreuzen.

Leiden Sie • der/die Patient*in unter folgenden Beschwerden oder Erkrankungen?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Endokarditis • Herzmuskelentzündung | <input type="checkbox"/> Glaukom • Grüner Star | <input type="checkbox"/> Immunsuppression • Unterdrückung des Immunsystems |
| <input type="checkbox"/> Herzfehler • künstliche Herzklappe | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen oder Hämophilie |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Erkrankung des Magen-Darm-Traktes | <input type="checkbox"/> Demenz |
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Gelenkerkrankung/-verletzung | |
| <input type="checkbox"/> Ohrensausen • Tinnitus | <input type="checkbox"/> Osteoporose | |

Sonstige Erkrankungen _____

Haben Sie • der/die Patient*in Allergien? Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Haben Sie • der/die Patient*in einen Allergiepass? Ja Nein

LEIDEN SIE • DER/DIE PATIENT*IN UNTER MELDEPFLICHTIGEN INFEKTIONSKRANKHEITEN? Zutreffende Punkte bitte ankreuzen.

- Hepatitis HIV/Aids Tuberkulose Krankenhauskeime (z.B. MRSA etc.) Creutzfeldt-Jakob (CJK)/Varianten CJK

NEHMEN SIE • DER/DIE PATIENT*IN MEDIKAMENTE EIN? Zutreffende Punkte bitte ankreuzen.

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

Sollte mindestens einer der oben genannten Punkte auf Sie • den/die Patient*in zutreffen, nennen Sie bitte die Medikamente, welche Sie einnehmen:

Sonstige Medikamente? _____

Sind bei Ihnen • dem/der Patient*in jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten?

Wenn ja, gegen welche? _____

Liegt Ihnen ein Medikamentenplan vor? (Falls ja, bitte fügen Sie diesen bei.) Ja Nein

Was ist das zahnärztliche Anliegen? _____

ALLGEMEINE HINWEISE

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Ort • Datum

Unterschrift Patient*in bzw. gesetzliche*r Vertreter*in

Umfassende Informationen über die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch unsere Praxis und Ihre diesbezüglichen Rechte als betroffene Person finden Sie in unserer Datenschutzerklärung. Diese liegt am Empfang zur Einsicht und zur Mitnahme bereit bzw. kann auf unserer Homepage unter www.DENTagil.de abgerufen werden.

Ort • Datum

Unterschrift Patient*in bzw. gesetzliche*r Vertreter*in

WIR DANKEN IHNEN HERZLICH, DASS SIE SICH DIE ZEIT FÜR DIE BEANTWORTUNG GENOMMEN HABEN.
IHR DEIN DENTagil-TEAM