



DR. GHAUSSY & PARTNER, BRAMFELDER CHAUSSEE 1, 22177 HAMBURG ODER HERMANNSTRASSE 22, 20095 HAMBURG,  
TEL.: 040/691 81 26, FAX: 040 690 67 11, WWW.GHAUSSY.DE

## Anamnese

(Persönliche Daten und Krankengeschichte)

Patient <b>m / w / d</b>	<b>Name:</b> _____	<b>Vorname:</b> _____	<b>Geb.:</b> _____
Anschrift	<b>Straße:</b> _____	<b>Nr.:</b> _____	<b>Telefon:</b> _____
	<b>Postleitzahl:</b> _____	<b>Ort:</b> _____	<b>Mobil:</b> _____
	<b>Fax-Nr.:</b> _____	<b>E-Mail-:</b> _____	
Hauptversicherter/ Zahlungspflichtiger	<b>Name:</b> _____	<b>Vorname:</b> _____	<b>Geb.:</b> _____
Anschrift	<b>Straße:</b> _____	<b>Nr.:</b> _____	<b>Telefon:</b> _____
	<b>Postleitzahl:</b> _____	<b>Ort:</b> _____	
	<b>Beruf:</b> _____	<b>Arbeitgeber:</b> _____	
Anschrift d. Arbeitgebers	<b>Straße u. Hausnr.:</b> _____	<b>Ort:</b> _____	<b>Telefon:</b> _____
Name des Kostenträgers (Krankenkasse, Beihilfe)	_____	<input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert	<input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert
		<input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert	<input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert
		<input type="checkbox"/> Ich habe einen PKV- Standardtarif	<input type="checkbox"/> Ich wünsche Kostenerstattung gem. §13 Abs. 2 SGB V
		<input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert

**Zu Ihrer eigenen Sicherheit bitten wir um folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie unserer Praxis bitte auch künftige Änderungen Ihres Versicherungsstandes, Ihrer Adresse und Ihres Gesundheitszustandes mit!**

1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten: Welche:

a. Asthma, schwere Atemnot, allergische Reaktionen, Unverträglichkeit von Medikamenten / Materialien	<b>ja</b> <input type="checkbox"/>	<b>nein</b> <input type="checkbox"/>	_____
b. Herz-, Kreislauferkrankungen: Herzinfarkt, Schlaganfall, Lähmungen. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Blutdruckhöhe: hoch, niedrig, normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. Bestehen Infektionserkrankungen? HIV-Infektion, TBC, Hepatitis A/B/C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. Internistische -/ Innere Krankheiten Diabetes, Bluterkrankung, Blutgerinnungsstörung, Lebererkrankung, Epilepsie, Rheuma, Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein Wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



DR. GHAUSSY & PARTNER, BRAMFELDER CHAUSSEE 1, 22177 HAMBURG ODER HERMANNSTRASSE 22, 20095 HAMBURG,  
TEL.: 040/691 81 26, FAX: 040 690 67 11, WWW.GHAUSSY.DE

3. Rauchen Sie? Wenn ja wie viele? \_\_\_\_\_ (pro Tag)      **ja**      **nein**
4. Besteht eine Schwangerschaft?                  Stichtag: \_\_\_\_\_
5. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?
6. Existieren Zahn/Kiefer-Röntgenbilder                  von wann: \_\_\_\_\_
7. Stört Sie die Ästhetik Ihrer Zähne                  Was stört Sie? \_\_\_\_\_
8. Möchten Sie zukünftig an die Prophylaxe erinnert werden?
9. Sind Sie Angstpatient? Gern beraten wir Sie über eine Behandlung mit Lachgas.
10. Möchten Sie eine Terminerinnerung per SMS/E-Mail
11. Wie oder durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

**WICHTIG! Terminänderungen oder Absagen sind so früh wie möglich mitzuteilen, spätestens 24h vor der vereinbarten Behandlungszeit. Für nicht eingehaltene oder zu spät abgesagte Termine müssen wir den kassenüblichen Satz berechnen.**

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.**

\_\_\_\_\_  
Hamburg, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters/Vertreterin

\_\_\_\_\_  
Gesetzliche/r Vertreter/in – Name – Vorname - Geburtsdatum

Stellung zum Patienten:  Vater     Mutter     oder \_\_\_\_\_

### **Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V**

Ich \_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift (Straße – PLZ – Ort)

erkläre mich einverstanden, dass

- Mein behandelnder Zahnarzt meine Behandlungsdaten, Röntgenbilder und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung, anfordern darf. Die betreffenden Ärzte werden insofern von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden.
- Mein behandelnder Zahnarzt meine Behandlungsdaten, Röntgenbilder und Befunde an mich behandelnde, andere Ärzte und Leistungserbringer übermitteln darf.

Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Hamburg, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters/Vertreterin