



Anmelde- und Anamnesebogen

Patient:in
Name Vorname Geburtsdatum

Im Falle einer Familien-Versicherung
Hauptversicherter Name Vorname Geburtsdatum

.....
Postleitzahl/ Wohnort Straße/ Hausnummer

.....
Telefon Mobil-Nr. E-Mail (Kontaktaufnahme nur in dringenden Fällen)

.....
Überweisender Arzt/ Zahnarzt Hausarzt Hauszahnarzt

.....
Krankenkasse Beruf und Arbeitgeber

Bitte ankreuzen, wie Sie versichert sind:

- | | |
|---|--|
| ☐ Gesetzliche Versicherung (GKV) | ☐ Private Versicherung (PKV) |
| ☐ Privat und beihilfeberechtigt | ☐ Basistarif |
| ☐ Zahnzusatzversicherung | ☐ stationär privatversichert |
| ☐ Selbstzahler | ☐ freiwillig versichert (GKV) |

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von..... ☐ Überweiser ☐ Internet ☐ Bekannte

- ☐ Keine Änderungen seit letzter Aufnahme
(Nur ankreuzen, wenn Sie bereits Patient bei uns sind!)

Falls Sie einen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie den Termin spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da Ihnen sonst die vorgesehene Arbeitszeit in Rechnung gestellt wird (§ 304, § 615 BGB).

Einwilligungserklärung

Möchten Sie, falls notwendig, dass wir Sie alle 6 Monate an die Kontrolluntersuchung erinnern? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, benötigen wir Ihre **E-Mail-Adresse**:

Dürfen wir Sie per SMS an Ihre Termine erinnern?

Wenn ja, benötigen wir Ihre **Mobilfunk Nummer**:

(Sie können diese Einwilligungserklärung ohne Angaben von Gründen jederzeit widerrufen)

☐ Ludwigsburg ☐ Stuttgart
Datum Unterschrift Patient:in ggf. gesetz. Vertreter:in

BITTE WENDEN →



Anamnese zu Vorerkrankungen

Haben Sie anhaltende Schmerzen?	☐ Ja ☐ Nein
Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?	☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie Herz- und/ oder Kreislaufbeschwerden (Rhythmusstörung, Infarkt, Schlaganfall etc.)	☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Organtransplantat?	☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie Bluterkrankung?	☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie eine Gerinnungsstörung?	☐ Ja ☐ Nein
Nehmen Sie einen Blutverdünner ein (ASS, Xarelto, Eliquis, Marcumar, Heparin)? Wenn ja, welchen?	☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie eine Ohnmachtsneigung, niedrigen Blutdruck?	☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie Allergien oder Arzneimittelüberempfindlichkeiten (generelle Überempfindlichkeiten)? Wenn ja, welche?	☐ Ja ☐ Nein
Leiden Sie unter Asthma?	☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie eine Zuckerkrankheit (Diabetes Mellitus)?	☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?	☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie eine Magen-, Darmerkrankung? Wenn ja, welche?	☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie Gelbsucht (Hepatitis A, B, C)?	☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie eine HIV-Infektion, Tuberkulose oder sonstige chronische Infektionskrankheiten? Wenn ja, welche?	☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie sonstige Krankheiten (Leber, Niere, Zentrales Nervensystem) wegen der Sie in ärztlicher Behandlung sind? Wenn ja, welche?	☐ Ja ☐ Nein
Müssen Sie zur Blutwäsche/ Dialyse?	☐ Ja ☐ Nein
Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? Bitte Medikamentenplan vorlegen!	☐ Ja ☐ Nein
Wurden Sie mit Bisphosphonaten (Medikamente bei Knochenmetastasen oder Osteoporose) behandelt?	☐ Ja ☐ Nein
Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Woche?	☐ Ja ☐ Nein
Rauchen/Vapen Sie? Wenn ja, wieviel pro Tag?	☐ Ja ☐ Nein
Nehmen Sie Drogen (inkl. Cannabis)? Lag ein Konsum in den letzten 2 Wochen vor? Wenn ja, wann zuletzt?	☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie bekannte Zahnfleischerkrankungen?	☐ Ja ☐ Nein
Wurden Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt?	☐ Ja ☐ Nein
Ergänzungen:	

Hinweis: Unsere Patienteninformation zum Datenschutz mit Kontaktdaten hängt in den Wartezimmern und an den Anmeldungen aus!

☐ Ludwigsburg ☐ Stuttgart

Datum

.....

Unterschrift Patient:in ggf. gesetz. Vertreter:in



Erklärung zur Schweigepflichtentbindung gemäß § 203 StGB und Art. 6 DSGVO

Für die Weitergabe von Unterlagen wie Diagnose, Behandlung, Gutachten, Abrechnung, Dokumentenanforderung
und Befunden an die weiterbehandelnden (Zahn-)ärzt:innen

Hiermit befreie ich die Chirurg:innen der Gemeinschaftspraxis MKG Solitude von ihrer (zahn-)ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass meine (zahn-)ärztlichen Behandlungsunterlagen (oben genannt) an die weiterbehandelnden (Zahn-)ärzt:innen, übersendet werden dürfen.

Ich erkläre mich des Weiteren damit einverstanden, dass meine (Zahn-)ärzt:innen den Chirurg:innen der MKG Solitude auf Anforderung weitere Auskünfte über die betreffende Behandlung erteilt.

Diese Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt unberührt. Der Widerruf hat ohne Angaben von Gründen schriftlich zu erfolgen.

Die im Rahmen dieser Schweigepflichtentbindung weitergegebenen Daten werden ausschließlich zu den oben genannten Zwecken verwendet. Ihre Rechte gemäß Art. 15 ff. DSGVO (Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit, Widerspruch) bleiben unberührt.

☐ Ludwigsburg ☐ Stuttgart
Datum

.....
Unterschrift Patient:in ggf. gesetzlicher Vertreter:in