

Patienten-Anamnese

Kontaktdaten	
Vorname / Nachname:	
Straße / Hausnummer:	
PLZ / Stadt:	
Geburtsdatum:	
Telefon:	
E-Mail:	
Beruf:	
Krankenkasse:	

Möchten Sie halbjährig an Ihre Untersuchung erinnert werden? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? ☐ ja ☐ nein

Wurden in den letzten 2 Jahren zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht? ☐ ja ☐ nein

Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein

Besteht eine Schwangerschaft und wenn ja, in welchem Monat? ☐ ja ☐ nein

Herz-/Kreislaufkrankungen

Hoher Blutdruck? ☐ ja ☐ nein

Niedriger Blutdruck? ☐ ja ☐ nein

Herzklappenfehler / Herzklappenrsatz? ☐ ja ☐ nein

Herzschrittmacher / Stents? ☐ ja ☐ nein

Endokarditis (Entzündung der Herzinnenhaut) ? ☐ ja ☐ nein

Herzoperationen? ☐ ja ☐ nein

Infektiöse Erkrankungen

HIV-Infektion? ☐ ja ☐ nein

Hepatitis? ☐ ja ☐ nein

Tuberkulose? ☐ ja ☐ nein

Sind Sie gegen Corona/Covid-19 geimpft und/oder genesen? ☐ ja ☐ nein

Allergien & Unverträglichkeiten

Lokalanästhesie/Spritzen? ☐ ja ☐ nein

Antibiotika? ☐ ja ☐ nein

Schmerzmittel?	☐ ja	☐ nein
Latexallergie?	☐ ja	☐ nein
Metalle (Nickel etc.)?	☐ ja	☐ nein



Sonstige Krankheitsbilder

Anfallsleiden (Epilepsie)?	☐ ja	☐ nein
Asthma / Lungenerkrankung?	☐ ja	☐ nein
Blutgerinnungsstörungen?	☐ ja	☐ nein
Diabetes/Zuckerkrankheit?	☐ ja	☐ nein
Drogenabhängigkeit?	☐ ja	☐ nein
Nervenerkrankung?	☐ ja	☐ nein
Nierenerkrankungen?	☐ ja	☐ nein
Ohnmachtsanfälle?	☐ ja	☐ nein

Osteoporose Erkrankung?	☐ ja	☐ nein
Rheuma/Arthritis?	☐ ja	☐ nein
Schilddrüsenerkrankung?	☐ ja	☐ nein
Sonstige Erkrankungen?		

Einnahme von Medikamenten

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

Nehmen Sie Blutverdünner?	☐ ja	☐ nein
Nehmen Sie Bisphosphonate? (zur Behandlung von Osteoporosen oder bei Krebserkrankungen)	☐ ja	☐ nein
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	☐ ja	☐ nein
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	☐ ja	☐ nein
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	☐ ja	☐ nein

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und werden streng vertraulich behandelt. Eine ausführliche Patienteninformation zum Thema Datenschutz finden Sie als Aushang im Wartezimmer.

Ich habe die Informationen zum Datenschutz zur Kenntnis genommen und stimme mit meiner Unterschrift der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zu.



Ratings , den _____ Unterschrift: _____



Wir bitten Sie vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vorher telefonisch oder per Mail abzusagen. Andernfalls behalten wir uns vor, die versäumte Behandlungszeit in Rechnung zu stellen !!!



Juni 2025)

(Stand



Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig.

Nach der EU - Datenschutz - Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere

Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

N-dent / Zahnarztpraxis Dr. R. Nemat
Pestalozzistr. 3, 40878 Ratingen
Tel.: 02102 - 21881
E-Mail: mail@n-dent.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die

damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten.

Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken

können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in

Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen

nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen,

Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, rztelokammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an

weitere berechnigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Rntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung

von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung

Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen

Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei

der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer

personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1

lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.