

Informations- und Anamnesebogen

Informální a anamnézový list

Bitte beantworten Sie die unten stehenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau. (Zutreffendes bitte ankreuzen / unterstreichen / evtl. ergänzen)

Odpovězte prosím na níže uvedené otázky týkající se Vašeho zdravotního stavu co nejpřesněji. (Zaškrtněte, podtrhněte nebo doplňte, co je relevantní)

Alle Informationen und Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden streng vertraulich behandelt.

Veškeré informace a údaje podléhají lékařskému tajemství a ustanovením o ochraně osobních údajů. Budou s Vámi zacházeny přísně důvěrně.

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir Ihnen bei der Beantwortung gern behilflich. Bitte sprechen Sie uns an.

Pokud Vám bude nějaká otázka nejasná, rádi Vám s jejím zodpovězením pomůžeme. Prosím, kontaktujte nás.

Name, Vorname:

Jméno a příjmení:

Geburtsdatum:

Datum narození:

Straße, PLZ, Ort:

Ulice, PSČ, město:

Tel. privat:

Soukromý telefon:

Wann erreichbar?

Kdy jste dostupný/á?

Tel. dienstlich:

Pracovní telefon:

Wann erreichbar?

Kdy jste dostupný/á?

E-Mail-Adresse:

E-mailová adresa:

Hausarzt:

Praktický lékař:

Telefon Hausarzt:

Telefon lékaře:

Beruf:

Povolání:

Allergien (nähere Angaben):

Alergie (více informací):

Allergien gegen Antibiotika

Alergie na antibiotika

- Ja ☐ Nein ☐
Ano ☐ Ne ☐

Allergien gegen Schmerzmittel

Alergie na léky proti bolesti

- Ja ☐ Nein ☐
Ano ☐ Ne ☐

Allergien gegen Lokalanästhetika / Spritzen

Alergie na lokální anestetika / injekce

- Ja ☐ Nein ☐
Ano ☐ Ne ☐

Allergien gegen Metalle

Alergie na kovy

- Ja ☐ Nein ☐
Ano ☐ Ne ☐

Allergien gegen zahnärztliche Materialien

Alergie na zubní materiály

Angaben zur Krankenversicherung

Informace o zdravotním pojištění

☐ **gesetzlich krankenversichert**

zákonné zdravotní pojištění

☐ **privat krankenversichert**

soukromé zdravotní pojištění

☐ **Basistarif versichert**

pojištěný základní tarif

☐ **beihilfeberechtigt**

způsobilý k podpoře

Herz-Kreislaufkrankungen (nähere Angaben):

Kardiovaskulární onemocnění (více informací):

Bluthochdruck

Vysoký krevní tlak

- Ja ☐ Nein ☐
Ano ☐ Ne ☐

Niedriger Blutdruck

Nízký krevní tlak

- Ja ☐ Nein ☐
Ano ☐ Ne ☐

Herzklappenerkrankung / Herzklappenersatz

Chlopňové srdeční onemocnění / výměna chlopně

- Ja ☐ Nein ☐
Ano ☐ Ne ☐

Herzoperationen / Herzschrittmacher

Srdeční operace / kardiostimulátor

- Ja ☐ Nein ☐
Ano ☐ Ne ☐

- Ja ☐ Nein ☐
Ano ☐ Ne ☐

Allergien gegen Sonstige

Alergie na ostatní

- Ja ☐ Nein ☐
Ano ☐ Ne ☐

Weitere Erkrankungen:

Další onemocnění:

Erkrankungen blutbildender Organe / Blutgerinnungsstörungen

Onemocnění krvetvorných orgánů / poruchy srážlivosti krve

- Ja ☐ Nein ☐
Ano ☐ Ne ☐

Asthma / Atemwegserkrankungen

Astma / onemocnění dýchacích cest

- Ja ☐ Nein ☐
Ano ☐ Ne ☐

Zuckerkrankheit (Diabetes)

Cukrovka (diabetes)

- Ja ☐ Nein ☐
Ano ☐ Ne ☐

Anfallsleiden (Epilepsie)

Epilepsie

- Ja ☐ Nein ☐
Ano ☐ Ne ☐

Osteoporose

Osteoporóza

- Ja ☐ Nein ☐
Ano ☐ Ne ☐

Tumorerkrankungen

Nádorová onemocnění

- Ja ☐ Nein ☐
Ano ☐ Ne ☐

Herzerkrankungen / -infarkt / rhythmusstörungen

Srdeční onemocnění / infarkt / arytmie

- Ja ☐ Nein ☐
Ano ☐ Ne ☐

Endokarditis

Endokarditida

- Ja ☐ Nein ☐
Ano ☐ Ne ☐

Sonstige

Ostatní

- Ja ☐ Nein ☐
Ano ☐ Ne ☐

Nierenfunktionsstörungen / Lebererkrankungen

Poruchy funkce ledvin / onemocnění jater

- Ja ☐ Nein ☐
Ano ☐ Ne ☐

Schilddrüsenerkrankungen

Onemocnění štítné žlázy

- Ja ☐ Nein ☐
Ano ☐ Ne ☐

Sonstige

Ostatní

- Ja ☐ Nein ☐
Ano ☐ Ne ☐

Infektionserkrankungen

Infekční onemocnění

Tuberkulose

Tuberkulóza

- Ja ☐ Nein ☐
Ano ☐ Ne ☐

Hepatitis

Hepatitida

- Ja ☐ Nein ☐
Ano ☐ Ne ☐

AIDS

AIDS

- Ja ☐ Nein ☐
Ano ☐ Ne ☐

Sonstige

Ostatní

- Ja ☐ Nein ☐
Ano ☐ Ne ☐

Allgemeine Angaben und Informationen

Obecné informace

Frühere Operationen

Předchozí operace

- Ja ☐ Nein ☐
Ano ☐ Ne ☐

Regelmäßige Einnahme von Medikamenten

Pravidelné užívání léků

- Ja ☐ Nein ☐
Ano ☐ Ne ☐

**Wenn ja, welche? (Gerne
kopieren wir uns Ihren
Medikamentenplan)**

*Pokud ano, jaké? (Rádi si
okopírujeme Váš lékový plán)*

Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein?

*Ženy v plodném věku: Mohla byste být
těhotná?*

- Ja ☐ Nein ☐
Ano ☐ Ne ☐

**Raucher / Alkoholgenuss /
Drogenkonsum**

*Kouření / konzumace alkoholu / užívání
drog*

- Ja ☐ Nein ☐
Ano ☐ Ne ☐

Ich stimme zu, dass meine medizinischen Daten gemäß §§ 341ff. SGB V und Art. 9 DSGVO in die elektronische Patientenakte (ePA) übermittelt werden dürfen.

Souhlasím s tím, aby moje lékařská data byla v souladu s §§ 341ff. SGB V a čl. 9 GDPR přenesena do elektronické patientské dokumentace (ePA).

- Ja ☐ Nein ☐
Ano ☐ Ne ☐

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Zeitpunkt abgesagt werden, sowie unentschuldigtes Fernbleiben ohne wichtigen Grund, je nach Umfang und Art der geplanten Behandlung, gemäß § 615 BGB als Ausfallzeit privat liquidiert werden können. Die Privatliquidation beträgt dabei mindestens 50 €.

Beru na vědomí, že termíny, které nejsou zrušeny nejpozději 24 hodin před sjednaným časem, a omluvená nepřítomnost bez vážného důvodu mohou být v závislosti na rozsahu a druhu plánované léčby dle § 615 občanského zákoníku účtovány jako nevyužitý čas. Minimální částka těchto soukromých náhrad činí 50 €.

Ich verpflichte mich, Sie über alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, entsprechend zu informieren.

Zavazuji se, že Vás budu informovat o všech změnách, ke kterým dojde během celého období léčby.

Mir ist bekannt, dass einzelne von mir gewünschte Behandlungen über die Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse hinausgehen können und in diesen Fällen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) privat in Rechnung gestellt werden. Die entstehenden Kosten trage ich selbst und verpflichte mich, die jeweilige Rechnung zu begleichen. Über die Kosten werde ich im Einzelfall vor Behandlungsbeginn gesondert informiert und es wird eine individuelle Vereinbarung getroffen.

Jsem si vědom/a, že některá mnou požadovaná ošetření mohou přesahovat rámec výkonů hrazených zákonnou zdravotní pojišťovnou a v těchto případech budou účtována soukromě podle německého sazebníku pro stomatology (GOZ). Vzniklé náklady hradím sám/sama a zavazuji se uhradit příslušný účet. O výši nákladů budu v jednotlivých případech před zahájením ošetření zvlášť informován/a a bude uzavřena individuální dohoda.

Ort, Datum, Unterschrift

Místo, datum, podpis

Bitte stellen Sie uns einen aktuellen Medikationsplan zur Verfügung.

Prosím, zpřístupněte nám aktuální medikační plán.