

ANAMNESE

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden können. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis.

Als gesetzlich krankenversicherter Patient müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversicherungskarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen.

Patient

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Versicherter

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift

Straße _____ PLZ _____ Ort _____



Privat



Geschäft



Privat



Geschäft



Mobil



E-Mail

Beruf

Firma

Privat-Versicherung



Beihilfe

Krankenkasse



Zusatzversicherung

Haben Sie einen gesetzlichen Vertreter/Betreuer

Sollten Sie den mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, uns rechtzeitig zu informieren. Bei kurzfristiger Absage (einen Tag vorher) oder Nichteinhaltung von Terminen ohne Nachricht, müssen wir Ihnen den Zeitausfall privat in Rechnung stellen.

Datum _____

Unterschrift _____

Wie/durch wen wurden Sie auf meine Praxis aufmerksam

: _____

Sie wurden überwiesen von

: _____

(Bitte wenden)

Bestehen bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?
 Falls Sie mit *ja* antworten, bitte ggf. ergänzende Angabe eintragen.

	ja	nein	
Herz/ Kreislauf			
• Zustand nach Infarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Blutarmut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Bluter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Sonstige Erkrankungen			
• Grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Magenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Hepatitis A/B/C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• HIV bzw. AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Frühere Operationen? (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Allergische Reaktionen – wenn ja, wogegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Rauchen Sie? (wie viel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Name des Hausarztes (Tel./Anschrift)	_____		
• Ich bin an einer professionellen Zahnreinigung interessiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben.

Datum

Unterschrift