

Anamnesebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis!
Bevor die zahnärztliche Untersuchung stattfinden kann, benötigen wir Ihre Personalien und Angaben zu ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Diese unterliegen den strengen Bestimmungen des Datenschutzes unter der ärztlichen Schweigepflicht.



Patient/-in:

Vorname Nachname Geburtsdatum Geburtsort

Adresse: Straße Postleitzahl/ Ort

Telefon: Privat Mobil E-Mail

Beruf: Krankenkasse: Pflegegrad Nachweis erbeten!

Versicherungsmitglied/ Zahlungspflichtiger/ gesetzlicher Vormund:

Vorname Nachname Telefonnummer

Adresse Vormund: Straße Postleitzahl/ Ort

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wer ist Ihr Hausarzt? (Name, Ort)

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen? (Herz, Kreislauf, Darm...) Ja Nein Welche?

Leiden Sie an Infektionskrankheiten? (z.B. Hepatitis, HIV+, AIDS, Tbc) Ja Nein Welche?

Gegen welche Medikamente oder Materialien bestehen Allergien?

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Haben Sie jemals Medikamente zu sich genommen, die den Knochenstoffwechsel beeinflussen? (zum Beispiel bei Osteoporose, sog. Bisphosphonate) Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
Homepage
Empfehlung von Freunden oder Verwandten
Bewertungsportale (bspw. Jameda) Sonstige:

Wenn Termine nicht eingehalten werden können, bitten wir um pünktliche Absage 24 Stunden vorab. Bei Nichteinhaltung von Terminen ohne vorherige, begründete Absage, wird ein individuelles **Ausfallhonorar** in Rechnung gestellt, welches sich an der ausgefallenen Terminlänge orientiert.

Ich bestätige die Richtigkeit und die Vollständigkeit der oben gemachten Angaben. Die Regelung zum Ausfallhonorar habe ich verstanden und bin damit einverstanden. Veränderungen zu meiner Gesundheit teile ich umgehend mit.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____