



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis,

bitte füllen Sie den Anamnesebogen sorgfältig aus.

Diese Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht

Sollten sich Änderungen ergeben, bitten wir Sie, uns unverzüglich zu informieren.

Mit der Abgabe Ihrer Versicherungskarte sind Sie damit einverstanden, dass die Daten zu zahnmedizinischen Zwecken im Praxissystem elektronisch gespeichert werden.

Die Hinweise zur Datenverarbeitung habe ich gelesen.

Noch ein Hinweis zur Organisation

Unsere Praxis ist eine Bestellpraxis. Somit reservieren wir unsere Zeit nur für Sie.

Wir bitten Sie vereinbarte Termine mindestens 24Std. vorher abzusagen. Bei Nichterscheinen entsteht uns ein wirtschaftlicher Schaden. Dieser beträgt ca. 300,00€/Std.

Wir behalten uns vor einen solchen Schaden in Rechnung zu stellen.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Dr.W.Schmid und Dr.S.Strauch im Hinblick auf meine Zahnbehandlung sich gegenseitig vertreten. ja nein

Angaben zu Ihrer Person

Herr

Frau

Name (Family Name), Vorname (First Name), Geburtsdatum (Date of Birth)

Straße, Hausnummer (Street, Number)

PLZ,Ort (Postcode,Place)

Festnetz Nr./Mobil Nr. (German Landline/Mobile Number)

Mail Adresse

Beruf (Profession)

Festnetz Nr.Arbeitgeber (German Landline Employer)

Namen der Krankenversicherung (Name of Health Insurance)

Gesetzlich (Statutory Health Insurance) Privat (Private Health Insurance)

Zusatzversicherung (Additonal Health Insurance)

Wenn Sie nicht selbst versichert sind, wer ist die/der Versicherte?

Name (Family Name),

Vorname (First Name),

Geburtsdatum (Date of Birth)

Straße, Hausnummer (Street, Number)

PLZ,Ort (Postcode,Place)

Allgemeine Angaben (Bitte zutreffendes ankreuen)

Haben Sie eine Pflegestufe inne? Wenn ja, welche? nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ja nein

Welche:

Haben sie Allergien ja nein Allergiepass ja nein

Wogegen:

Herz- und Kreislaufbeschwerden ja nein hoher Blutdruck niedriger Blutdruck

Infektionserkrankungen ja nein Bluterkrankungen/
z.B.TBC,AIDS;Hepatitis etc. Blutungsneigungen ja nein

Diabetes ja nein Osteoporose /
Bisphosphonattherapie ja nein

Herzerkrankungen ja nein Ohnmachtsneigung ja nein
(Herzschrittmacher)

Fehlfunktion der Schilddrüse ja nein Nervenerkrankungen ja nein
z.B.Epilepsie,Krämpfe etc.)

Schwangerschaft ja nein

sonstige Erkrankungen ja nein _____

Wann wurde die letzte Röntgenuntersuchung der Zähne durchgeführt ? _____

Sind Sie Raucher ? ja nein

Sollen wir Sie regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen und Zahnreinigungstermine erinnern? ja nein

Wenn ja, per Brief SMS EMail

Was ist der Grund Ihres heutigen Besuches?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Auf Empfehlung _____ -

Google Jameda andere Quellen

Bitte Beachten!

Durch Betäubungsspritzen kann die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt werden!

Datum (Date) _____ Unterschrift(Signature) _____