

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen!

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Bei Fragen helfen wir Ihnen natürlich gerne. Änderungen Ihrer persönlichen Daten teilen Sie uns bitte umgehend mit. Die Angabe einer **Telefonnummer** ist zwingend notwendig, damit wir Sie im Falle einer Terminverschiebung u.ä. kurzfristig erreichen können.

Patient _____
Name Vorname geb.

Anschrift _____
Straße, Hausnummer Postleitzahl, Wohnort Geburtsort

Telefon _____
privat beruflich mobil

Beruf _____
Arbeitgeber

Versicherung _____
Privatversicherte : Standard-/Basistarif : ja nein

Hauptversicherter _____
Name Vorname geb.

Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen/ Beschwerden? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

Möchten Sie in unser Recall – System aufgenommen werden?

ANAMNESE – Bitte genau lesen und ALLES angeben!

| | | | |
|----------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Herzerkrankung ? | <input type="checkbox"/> | Kreislaufkrankung / Blutdruck ? | <input type="checkbox"/> |
| Herzschrittmacher ? | <input type="checkbox"/> | Bluterkrankungen/ Marcumar/Ass ? | <input type="checkbox"/> |
| Infektionskrankheiten (z.B. HIV, TBC, Hepatitis) ? | <input type="checkbox"/> | Diabetes I / II ? | <input type="checkbox"/> |
| Operationen (auch wenn länger zurückliegend) ? | <input type="checkbox"/> | Schwangerschaft (...Monat) ? | <input type="checkbox"/> |
| Raucher ? | <input type="checkbox"/> | Asthma / Lungenerkrankung ? | <input type="checkbox"/> |

Allergien ? wenn ja, welche?

Medikamente ? wenn ja, welche?

Art der Krankheit, Operationsart, sonstige Angaben, etc.

Ihr Hausarzt: _____
Name Telefon

Wichtig:

Wir möchten unsere Termine mit Ihnen so vereinbaren, dass in der Regel keine oder – durch Schmerzfälle verursachte – nur geringe Wartezeiten entstehen und wir Sie in Ruhe untersuchen oder behandeln können. **Deshalb bitten wir Sie, dass Sie Ihren Termin – wenn Sie ihn nicht einhalten können – spätestens 24 Stunden vorher absagen, weil wir Ihnen sonst die für Sie reservierte, aber nicht genutzte Zeit nach §§ 611,615 BGB in Höhe von 37 € je angefangene 30 Minuten in Rechnung stellen müssen.** Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Dritte nicht ohne Erlaubnis weitergegeben. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Inhalte dieses Anamnesebogens gelesen und verstanden haben.

Sowie die Einverständniserklärung folgender Punkte:

- Terminerinnerung per SMS/Brief und Email
- Weitergabe der persönlichen Daten an das Dentallabor
- Austausch Ihrer Daten mit Ihren mitbehandelten Zahnärzten/Ärzten

Datum: Unterschrift: