



**Dr. med. dent. Tino Pfützner Praxis für Zahnmedizin**

96117 Memmelsdorf Ringstraße 154 Tel: 0951/41344

[www.zahnarzt-pfuetzner.de](http://www.zahnarzt-pfuetzner.de)

**Anamnesebogen**

Name:.....

Geburtsdatum:.....

Vorname:..... Tel.

privat:.....

Straße:..... Tel.

Geschäftlich:.....

PLZ/ Wohnort:.....

Handy:.....

Beruf:.....

Email:.....

gesetzliche Versicherung  mit privater Zahnzusatzversicherung

private Versicherung (kein Basis-/Standardtarif)  mit Beihilfe

Basis-/Standardtarif

**Versicherter (nur ausfüllen, falls anders als oben angegeben)**

Name:.....Straße:.....

.....

Vorname:.....PLZ/Wohnort:.....

.....

Geb. Datum:.....

—

**Besteht eine Vorsorgevollmacht?  ja  nein**

Name und Adresse des Bevollmächtigten:

.....

**Bei Pflegebedürftigen:** Pflegestufe .....

**Bitte tragen Sie hier aus Ihrem Bonusheft am Besten die letzten 10 Jahre ein:**

.....

**Erkrankungen:**

Angina pectoris

Diabetes

Sonstige

Erkrankungen/Allergien:

Bluthochdruck

Medikamentenallergie

Herzschrittmacher

Infektionskrankheiten

Künstliche Herzklappe (AIDS, Tb, Hepatitis u .ä.)

.....

- Bluterkrankheit                       Schilddrüsenerkrankung                       Künstliche Gelenke:.....  
 Medikamente nach Krebstherapie:  
.....  
 Medikamente geg.Osteoporose:.....  
.....

**Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein und wofür/wogegen?:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Wann/wo war die letzte Röntgenuntersuchung im Zahnbereich?.....**

**Existieren von Ihrem früheren Zahnarzt aktuelle Röntgenbilder?.....**

**Sind Sie schwanger:**                       ja, im..... Monat                       bin nicht sicher                       nein

**Name und Adresse Ihres Hausarztes/Internisten:**

.....  
.....

**Warum/wie kommen Sie in unsere Praxis?**

Empfehlung durch..... Telefonbuch     Internet  
 Facebook

**Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?**     Ja                       Nein

**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 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 Ihre Erlaubnis weitergegeben.

.....  
.....  
(Ort, Datum)

(Unterschrift Patient/ gesetzlicher Vertreter)