



Anamnesebogen

Name:..... Geburtsdatum:.....
Vorname:..... Tel. privat:.....
Straße:..... Tel. Geschäftlich:.....
PLZ/ Wohnort:..... Handy:.....
Beruf:..... Email:.....
O gesetzliche Versicherung O mit privater Zahnzusatzversicherung
O private Versicherung (kein Basis-/Standardtarif) O mit Beihilfe O Basis-/Standardtarif

Versicherter (nur ausfüllen, falls anders als oben angegeben)

Name:..... Straße:.....
Vorname:..... PLZ/Wohnort:.....
Geb. Datum:.....

Besteht eine Vorsorgevollmacht? O ja O nein

Name und Adresse des Bevollmächtigten:
Bei Pflegebedürftigen: Pflegestufe

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

.....

Erkrankungen:

- O Angina pectoris O Diabetes
O Bluthochdruck O Medikamentenallergie O Sonstige Erkrankungen/Allergien:
O Herzschrittmacher O Infektionskrankheiten
O Künstliche Herzklappe (AIDS, Tb, Hepatitis u .ä.)
O Bluterkrankheit O Schilddrüsenerkrankung O Künstliche Gelenke: Op. Jahr:.....

- O Medikamente nach Krebstherapie:
O Medikamente geg. Osteoporose:.....
O Medikament zur Blutverdünnung
O Mundtrockenheit

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

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

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

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

Name und Adresse Ihres Hausarztes/Internisten:

.....
.....

Warum/wie kommen Sie in unsere Praxis?

O Empfehlung durch..... O Telefonbuch O Internet O Facebook

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, Ihren Termin - falls Sie ihn nicht einhalten können – möglichst 24 Stunden vorher abzusagen, da Ihnen sonst die für Sie reservierte, aber nicht genutzte Zeit in Rechnung gestellt werden muss.

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)

Bitte wenden ===>

