

# Anamnesebogen

Liebe Patienten! Bitte füllen Sie den Fragebogen im Interesse Ihrer Behandlung aus. Bei Fragen helfen wir gern.

_____ <b>Patient: Name</b>	_____ <b>Vorname</b>	_____ <b>Geburtsdatum</b>
_____ <b>Versicherter: Name</b>	_____ <b>Vorname</b>	_____ <b>Geburtsdatum</b>
_____ <b>Straße/ Hausnummer</b>		_____ <b>PLZ, Ort</b>
_____ <b>Telefon: privat/Handy</b>	_____ <b>Handy</b>	_____ <b>E-Mail Adresse</b>
_____ <b>Beruf</b>	_____ <b>Arbeitgeber/ Adresse (bitte mit angeben)</b>	

## Name des Hausarztes und Telefonnummer:

_____ <b>Krankenkasse:</b>	<b>Private Vers.</b>	<b>ja</b> <input type="checkbox"/> <b>nein</b> <input type="checkbox"/>
<b>private Zusatzvers.:</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<b>Basis(Standard) Tarif</b>	<b>ja</b> <input type="checkbox"/> <b>nein</b> <input type="checkbox"/>
	<b>Beihilfe</b>	<b>ja</b> <input type="checkbox"/> <b>nein</b> <input type="checkbox"/>

## ERKRANKUNGEN

Herz-/ Kreislauf (akut/chronisch)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	_____
Herzschrittmacher	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	_____
Blutgerinnungsstörung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	_____
Infektionskrankheiten (z.B. TBC, Hepatitis, Aids/HIV-pos.)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	_____
Allergien/ Unverträglichkeiten	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	_____
Leber- oder Nierenerkrankung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	_____
Diabetes/ Asthma/ Glaukom	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	_____
Nervenerkrankungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Erkrankungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	_____
Ist Ihr Blutdruck	hoch <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/>	_____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	_____

wenn ja, welche:

Besteht eine Schwangerschaft?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Schwangerschaftswoche: _____
-------------------------------	---	------------------------------

## ALLGEMEINES

Raucher	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ca. _____ pro Tag
Letzte Röntgenaufnahme im Jahre: _____	in Zahnarztpraxis: _____	_____

## BESONDERE WÜNSCHE

Behandlung unter lokaler Betäubung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Lachgassedierung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Professionelle Zahnreinigung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Schriftl. Erinnerung an Kontrolltermine	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/>

IHRE ANGABEN WERDEN VON UNS GESPEICHERT; UNTERLIEGEN ABER DEN STRENGEN BESTIMMUNGEN DES DATENSCHUTZES UND DER ZAHNÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Ich werde Sie umgehend über auftretende Änderungen informieren.

Da es sich bei uns um eine Bestellpraxis handelt, sind wir auf das Erscheinen bestellter Patienten angewiesen und möchten Sie darauf hinweisen, dass wir zukünftig **nicht rechtzeitig abgesagte** (mind. 24 Stunden vor der Behandlung) oder **versäumte Termine** mit **50,00 € pro halbe Stunde** in Rechnung stellen. (§ 615 BGB)

<b>Ort/Datum:</b> _____	<b>Unterschrift:</b> _____
-------------------------	----------------------------

