

Anamnesebogen

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

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

Name des Hausarztes und Telefonnummer:

| | | |
|---|--|---|
| _____ Krankenkasse: | nur für <u>privat</u> Versicherte | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| private Zusatzvers.: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Basis(Standard) Tarif | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| | Beihilfe | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| <u>ERKRANKUNGEN</u> | wenn ja, welche: _____ | |
| 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? Welche: _____ | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | _____ |
| 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"/> | |
| 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"/> |

Die Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen.

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)*

Ort/Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Blatt bitte wenden!!!

Patient: _____

Zahnarztpraxis Berchtold & Modler

Liebe Patienten,
folgende Leistungen bieten wir Ihnen in unserer Praxis zusätzlich an. Bei Interesse kreuzen Sie bitte dementsprechendes an:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kunststofffüllungen statt Amalgam (anspruchsvoller und ästhetisch schöner) nach Aufwand und Größe | von 35,- bis 100,- Euro |
| <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung nach Aufwand, Zeit und Anzahl der Zähne | von 85,- bis 100,- Euro |
| <input type="checkbox"/> Reinigung des herausnehmbaren Zahnersatzes - eine Prothese | 28,50 Euro |
| - OK/UK Prothese | 45,- Euro |
| <input type="checkbox"/> Optimierte Wurzelbehandlung mit Spezialinstrumenten und phys. Spülungen (außerhalb der Kassenleistung) nach Sitzungen und Anzahl der Wurzeln | von 50,- bis 150,- Euro |
| <input type="checkbox"/> Wurzelbehandlung außerhalb der Krankenkassenrichtlinien (Alternative zur Zahnentfernung) nach Sitzungen und Anzahl der Wurzeln | von 200,- bis 500,- Euro |
| <input type="checkbox"/> Zahnschmuck (Steinchen) bei extra Bestellung | ca. 40,- Euro ca. 55,- Euro + Stein u. Versand |
| <input type="checkbox"/> Bleachingschienen für zuhause | 135,- Euro |

Wenn Sie Fragen zu einigen Punkten haben, sprechen Sie uns gern an.

Unterschrift Patient: _____