



Anamnesebogen

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen, und von uns streng vertraulich behandelt werden.

Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit.

Persönliches

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	Telefon Arbeit
Beruf/Tätigkeit	E-Mail	

Haben Sie eine Pflegestufe? ja nein Wenn ja, welche:

Ihr Haus Zahnarzt:

Wurden Sie von Ihrem Haus Zahnarzt überwiesen? ja nein

Wann wurden Sie zuletzt geröntgt?

Versicherung

Krankenkasse

- Gesetzlich versichert Privat versichert Zusatzversicherung
 Basistarif

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort

Bitte wenden

Allgemeine Gesundheitssituation

	Ja	Nein		Ja	Nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche:		
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----		
Wenn ja, welche:			Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----			Wenn ja, welche?		
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----		
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie viele pro Tag:		
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----		
Wenn ja, welche:			<u>Für unsere Patientinnen:</u>		
-----			Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----			Wenn ja, welche Woche?		
-----			-----		

Ich willige in die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Praxis ein.

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben mit meiner Unterschrift:

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweis: Bitte beachten Sie die eingeschränkte Fahrtauglichkeit bei erfolgter Anästhesie!

Unsere Praxis bietet Ihnen den Service einer Bestellpraxis, d.h. an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Falls Sie einmal Ihren Termin verlegen müssen, bitten wir Sie uns rechtzeitig Bescheid zu geben (mindestens 24 Stunden vorab).

Ansonsten müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr von **30€** je geplante halbe Stunde berechnen!