

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,
um eine zuverlässige Verbesserung Ihrer Zahngesundheit herbeizuführen, benötigen wir im Vorfeld einige Angaben zu Ihrer medizinischen Vorgeschichte. Füllen Sie Ihren Anamnesebogen bitte vollständig und korrekt aus. Spätere Änderungen teilen Sie uns bitte umgehend mit.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Persönliche Angaben

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnummer, PLZ/Ort: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf & Arbeitgeber : _____

Krankenkasse/Versicherung: gesetzlich privat Zahnzusatzversicherung

Gesetzlicher Vertreter/ Erziehungsberechtigter:

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse, falls abweichend: _____

Gesundheitszustand

Welche Krankheiten werden oder wurden bei Ihnen behandelt? *Bitte zutreffendes ankreuzen!*

Allergien	Asthma	Ekzeme	Penicillinunverträglichkeit
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere: _____

keine

Bluterkrankungen	Blutarmut	Blutungsneigung
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

keine

Kreislaufkrankungen	Ohnmachtsanfälle	Hoher Blutdruck	Niedriger Blutdruck
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

keine

Bitte wenden!



Herzerkrankungen	Herzklappenfehler	Endokarditis	Herzrythmusstörungen
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere: _____

keine

Infektionskrankheiten	Chron. Erkrankung Atemwege	HIV Positiv	AIDS	Tuberkulose
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MRSA (Krankenhauskeim)	Hepatitis		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

keine

Neurologische Erkrankungen	Krampfanfälle/Epilepsie
	<input type="checkbox"/>

keine

Stoffwechselerkrankungen	Magen-Darm	Schilddrüse	Diabetes mellitus
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

keine

Sonstige Erkrankungen: _____

Nehmen Sie Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen (z.B. Osteoporose) ein?

ja nein

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? _____

Sind Sie drogenabhängig?

ja nein

Sind Sie Raucher?

ja nein

Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein

Erklärung über die Entbindung von der zahnärztlichen Schweigepflicht

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die Zahnarztpraxis

B. Thole, Dr. H. Schillmöller und R. Ibraheem von Fremdpraxen angeforderte Röntgenunterlagen und Behandlungsunterlagen an Dritte weiterreichen darf.

Mir ist bekannt, dass ich die Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Aufklärung Ausfallhonorar bei Nichteinhalten des vereinbarten Termins:

Bitte denken Sie daran, wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, diesen spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Sollte der Termin nicht rechtzeitig abgesagt werden, stellen wir Ihnen ein Ausfallhonorar (lt. §615 BGB Satz1) in Höhe von 50€ für jede vereinbarte halbe Stunde in Rechnung.

Datum

Unterschrift Pat./Erziehungsberechtigter/gesetzl. Vertreter