



Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Patient / Persönliche Angaben

Name	Vorname	Geburtsdatum	
Straße & Hausnummer	Ort	Postleitzahl	
Telefonnummer privat, tagsüber	Telefonnummer mobil oder Arbeitsstelle		
Name der Krankenkasse			
<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> Zahnzusatzversicherung	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße & Hausnummer	Ort	Postleitzahl

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name	Ort
------	-----

Hinweise zur Organisation

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Desweiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten. Die Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie ihn bitte mindestens 24 Std. vorher ab, um die Berechnung einer Ausfallgebühr zu vermeiden.



**Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitte ich um folgende Angaben:
(Zutreffendes bitte ankreuzen)**

Haben oder hatten Sie ...

- Asthma
- Allergien, Allergische Reaktionen
- Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Spritzen
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Gelbsucht, Leberkrankheiten (Hepatitis)
- Blutgerinnungsstörungen, Bluterkrankungen
- Ohnmachtsneigung
- Schlaganfall
- Rheuma
- HIV (Aids)
- hohen Blutdruck
- niedrigen Blutdruck
- Epilepsie

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- Herzerkrankungen
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzschrittmacher

Haben oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren eine Tumorthherapie oder Osteoporose-Therapie?

ja nein

Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein ungewiss

Wenn ja, in welcher Woche?

Bestehen zur Zeit andere Erkrankungen, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, welche?

Die Angaben unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt

Ich habe die Fragen nach bestem Wissen beantwortet. Mir ist bekannt, dass die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt werden, sofern die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach der Behandlung nachgereicht wird.

Wir machen Sie hiermit darauf aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24h beeinträchtigt sein kann, sowohl durch die Behandlung als auch durch den Einfluss von Injektionen oder Medikamenten. Wir bitten Sie, Ihre Termine pünktlich einzuhalten oder mindestens 24h im Voraus abzusagen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die im Anamnesebogen geforderten Angaben gewissenhaft und wahrheitsgemäß gemacht und die Hinweise verstanden habe.

Ort, Datum

Unterschrift