

Für eine individuelle auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte Behandlung benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Ihre Informationen unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden von uns vertraulich behandelt.

Patient

Familienname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Mitglied

Versicherter

Familienname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort _____

Erreichbarkeit

Telefon privat/geschäftlich _____ Handy _____ E-Mail _____

Krankenkasse

gesetzlich versichert privat versichert
 Zusatzversicherung Beihilfe
 Kostenerstattung Standard-/Basistarif

Name der Krankenkasse/Versicherung _____
Für die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen bei gesetzlich Versicherten ist das Vorlegen und Einlesen einer gültigen Versicherungskarte notwendig. Andernfalls müssen die erbrachten Leistungen entsprechend privat abgerechnet werden.

Beruf

Bezeichnung _____ Name des Arbeitgebers _____ Telefonnummer _____

Arzt

Name des Hausarztes _____ Name des Kieferorthopäden _____ Behandlungsbeginn/-abschluss _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Internet Empfehlung Wohnort Überweisung Notfall

RECALL

Ich möchte eine regelmäßige Erinnerung erhalten: ja nein
 professionelle Zahnreinigung Mail
 allgemeine Vorsorge Telefon
 Kinderprophylaxe Fax
Ich besitze ein Bonusheft Röntgenpass Herzpass Allergiepass

Wichtiger Hinweis: Termine müssen unbedingt - mindestens 48 Stunden - vorher abgesagt werden. Sie erleichtern uns damit unseren täglichen Praxisablauf und geben anderen Patienten die Chance, einen kurzfristigen Termin vereinbaren zu können.

Nichteinhaltung Ihres Termins kann gemäß §§ 304,615 BGB „Anspruch auf Ersatz des Ausfallschadens“ in Rechnung gestellt werden.

Allgemein

Ich bin ein **ängstlicher Patient** ja nein Ich neige zur **Ohnmacht / Hyperventilation** ja nein

Es besteht eine **regelmäßige Medikamenteneinnahme** ja nein Ich nehme **blutgerinnungshemmende Medikamente:** ja nein

Medikamentenangabe:

Es besteht eine **Allergie oder Unverträglichkeit** ja nein *seit wann?*

wogegen:

regelmäßiger Konsum ja nein Antidepressiva Tabak Alkohol Drogen

Es besteht eine **Schwangerschaft** ja nein → **Geburtstermin am** _____

Erkrankungen

Bestehende Herzerkrankung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	HIV/AIDS-Infektion <i>seit wann:</i> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutdruck <input type="checkbox"/> niedrig / <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lebererkrankung <input type="checkbox"/> Gelbsucht <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich habe einen Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Typ1 <input type="checkbox"/> Typ2 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzinfarkt - <i>wann:</i> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/> Über-/ <input type="checkbox"/> Unterfunktion <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Magen-Darmerkrankung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lungenerkrankung/Asthma <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
sonstige Bluterkrankung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nierenfunktionsstörung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall – <i>wann:</i> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Epilepsie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krebserkrankung <input type="checkbox"/> Strahlen-/ <input type="checkbox"/> Chemo-Therapie <i>Jahr:</i> _____	Rheuma <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
immunsuppressive Erkrankung / Gelenkersatz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	andere Erkrankung - welche: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>wo:</i> _____	

Einverständniserklärung des Patienten/oder Erziehungsberechtigten:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Ich teile meiner Praxis aktuelle Änderungen meiner Adresse, meiner Versicherung und meines Gesundheitszustandes mit. **Ich habe den Anamnesebogen vollständig durchgelesen und verstanden und gebe mit meiner Unterschrift mein Einverständnis sowie meine Einwilligung in allen aufgeführten Punkten.**

Datum _____

Unterschrift Patient / oder Erziehungsberechtigte/ _____