

Anamnesebogen

Patient Name _____ Vorname _____ geb. _____

Versicherter Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift (Straße, PLZ, Ort) _____

Krankenkasse _____ **Tel. Mobil** _____

Beruf _____ **Tel. Festnetz** _____

E-Mail _____

Möchten Sie an Termine per Email oder tel. Kurznachricht erinnert werden? Ja Nein

Name und Anschrift Ihres Hausarztes _____

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Welche? _____

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen: **Ja** **Nein**

Herzinfarkt, Herzoperation oder Herzfehler? _____

Schlaganfall? _____

Anfallsleiden/ Epilepsie? _____

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus Typ I/II)? _____

Lebererkrankungen? _____

Nierenerkrankungen? _____

Tumorerkrankungen? Erfolgte Bestrahlung? _____

Osteoporose? _____

Hepatitis, HIV, TBC? _____

Bestehen Allergien? Gegen Medikamente? _____

Bluten Sie bei leichten Verletzungen stark? _____

Sind Sie schwanger? _____

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich? _____

Was nutzen Sie zu Ihrer persönlichen Zahnpflege? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Erkrankungen können Auswirkungen auf Ihre Behandlung bei uns haben. Deshalb bitten wir Sie, diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sie werden von uns elektronisch gespeichert und unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes.

Wir sind eine reine Bestellpraxis, d.h. der vereinbarte Termin ist ausschließlich für Sie reserviert. Wenn Sie den Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, so dass wir den Termin an einen anderen Patienten vergeben können. Sollte ein vereinbarter Termin nicht wahrgenommen worden sein und keine Absage vorliegen, behalten wir uns vor, eine Ausfallentschädigung in Rechnung zu stellen.