

Bitte beantworten Sie uns vor der Behandlung einige Fragen.

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Versichert über (nur bei Familienversicherung):
Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Anschrift

Straße u. Hausnummer: _____
Postleitzahl u. Wohnort: _____

Erreichbarkeit

Festnetz: _____
Mobil: _____
E-Mail: _____

Empfohlen durch (freiwillig): _____
Krankenkasse: _____
für Privatversicherte:
Basis-/Standardtarif? Ja Nein

Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung? Ja Nein
Besitzen Sie ein Bonusheft? Ja Nein

Berufstätigkeit (freiwillig)

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____ Tel.: _____

Wünschen Sie eine gezielte Beratung über

- Professionelle Zahnreinigung
 Zahnersatz
 Schnarcherschienen
- Prophylaxe bei Kindern
 Implantate
 Bleaching (Zahnaufhellung)?

Möchten Sie per E-Mail an die halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?
 Ja Nein
Falls ja, E-Mailadresse: _____

Ich bin darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig (mind. 24 Stunden vorher) abgesagte Termine privat in Höhe von 40,00 € pro angefangener halben Stunde in Rechnung gestellt werden.

Ich habe die Datenschutzerklärung der Praxis zur Kenntnis genommen und bin mit dieser einverstanden, insbesondere mit der Zusendung von E-Mails zwecks Terminerinnerung.

Ort, Datum

Unterschrift

Anamnesebogen

Für Ihre Behandlung bei uns erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Bei Unklarheiten können Sie uns gerne fragen.

Name: _____
Vorname: _____

Geburtsdatum: _____
Telefon/Mobil: _____
E-Mailadresse: _____

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des...

| | | |
|--------------------|--------------------------|----------------------------|
| Atemwege | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Kreislaufs | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Leber | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Nieren | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Magen-Darm-Traktes | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Herzens | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Haben oder hatten Sie ...

| | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| einen Schlaganfall | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| hohen Blutdruck | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| niedrigen Blutdruck | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Diabetes | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Osteoporose | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Epilepsie | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Grünen Star/Grauen Star | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Asthma | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| HIV (Aids) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Hepatitis | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Allergien | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Wenn ja, wogegen? _____ | | |
| eine Gelenkprothese | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| wenn ja, wo genau? _____ | | |
| Thrombosen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Gerinnungsstörungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Medikamente: Nehmen Sie ...

Herzmedikamente Cortison
 Schmerzmittel Antidepressiva
 Blutverdünner (z.B. Marcumar, ASS, Eliquis)
 Osteoporosemittel (Bisphosphonate)
 andere Medikamente: _____

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

Stents/Bypass Herzinfarkt
 Herzschrittmacher angeborene Herzfehler
 Herzklappenersatz künstliche Herzklappe
 Herz-OP innerhalb der letzten 6 Monate

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

Ja Nein
 Wenn ja, gegen welche? _____

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? Ja Nein
 Wenn ja, in welcher Woche? _____

Zu Ihrem Schlaf

Schnarchen Sie? Ja Nein
 Haben Sie Atemaussetzer in der Nacht
 oder bemerkt Ihr/e Partner/in diese? Ja Nein
 Leiden Sie unter Tagesmüdigkeit? Ja Nein

Zum Schluss

Rauchen Sie? Ja Nein
 Haben Sie eine Suchterkrankung? Ja Nein
 Knirschen Sie mit den Zähnen? Ja Nein
 Sind Sie Angstpatient? Ja Nein
 Liegt ein Pflegegrad vor? Ja Nein
 Wenn ja, welcher? _____

Fragen/Anmerkungen:

Ich verpflichte mich, rechtzeitig Änderungen meiner Adresse und sonstiger Personalien, sowie meines Gesundheitszustandes mitzuteilen.

Ich bin darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig (mind. 24 Stunden vorher) abgesagte Termine privat in Höhe von 40,00 € pro angefangener halben Stunde in Rechnung gestellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift