

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer zahnärztlichen Gemeinschaftspraxis! Bevor wir uns in Ruhe um Ihre zahnmedizinischen Wünsche kümmern können, benötigen wir einige persönliche Angaben, Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand sowie über die eventuelle Einnahme von Medikamenten. Dies ist unabdingbar für eine bestmögliche und risikoarme Behandlung, die wir Ihnen gerne anbieten möchten. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSONALIEN

PATIENT

VERSICHERTER

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

Ort

Telefon

Mobil

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber

Hausarzt / Ort

Krankenkasse

gesetzlich versichert

gesetzlich versichert mit Zusatzversicherung

privat versichert

beihilfeberechtigt

FRAGEN ZU IHREM GESUNDHEITZUSTAND

- Tragen Sie Zahnersatz? ja nein
 Wenn ja - Alter des Zahnersatzes: Art: festsitzend Implantat(e) herausnehmbar
- Sind Sie Raucher/in? ja nein
- Leiden Sie unter Allergien oder Unverträglichkeiten (Antibiotika, Schmerzmittel etc.)? ja nein
 Wenn ja, welche?
- Hatten oder haben Sie ernsthafte Herz- oder Kreislaufbeschwerden? ja nein
 Wenn ja, welche?
- Innere Krankheiten (Diabetes, Blutgerinnungsstörungen etc.)? ja nein
 Wenn ja, welche?
- Leiden oder litten Sie unter einer Krebserkrankung oder Osteoporose? ja nein
- Infektionskrankheiten (Tuberkulose, HIV, Hepatitis, etc.)? ja nein
 Wenn ja, welche?
- Haben Sie ein Organtransplantat oder einen Herzschrittmacher? ja nein
- Bei Frauen – sind Sie schwanger? ja Welcher Monat? nein
- Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? Was wurde geröntgt?
- Benötigen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein
 Wenn ja, welche?

Wir möchten Sie bitten, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen.

ERGÄNZENDE FRAGEN

Die moderne Zahnmedizin bietet eine Reihe von Möglichkeiten, die wir unseren Patienten zur Verfügung stellen möchten. Die nachfolgenden Antworten sind für unsere Zusammenarbeit mit Ihnen wichtig, um gemeinsam den für Sie geeigneten Behandlungsweg planen zu können.

Waren Sie innerhalb der letzten 12 Monate zur zahnärztlichen Untersuchung oder Behandlung? ja nein

Sind Sie mit Farbe, Form und Stellung ihrer Zähne zufrieden? ja nein

Würden Sie gerne unseren Service nutzen und sich an Ihren nächsten anstehenden Termin kostenlos von uns per E-Mail, SMS oder telefonisch erinnern lassen? Ihre Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit, ohne Angabe von Gründen, unter folgender E-Mail-Adresse widerrufen werden:
info@zahnaerzte-hundsangen.de ja nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam (Empfehlung, Internet, Facebook etc.)?
.....

HINWEIS ZUR ORGANISATION

Wir sind eine Bestellpraxis und werden, falls erforderlich, einen oder mehrere Termine exklusiv für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind zum vereinbarten Termin auch wirklich für Sie da! Wir arbeiten nach der Devise „**Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich!**“! Daher möchten wir Sie bitten, sich in jedem Falle vor einem geplanten Besuch in unserer Praxis telefonisch anzumelden, um Ihnen lange Wartezeiten ersparen zu können.

Eine Terminabsage sollte spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen! Nicht rechtzeitig abgesagte Termin müssen wir Ihnen leider in Rechnung stellen! (280 €/Stunde)

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie uns die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand und Terminabsage. Näheres über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, finden Sie in den im Wartezimmer ausliegenden Hinweisen zum Datenschutz. Davon können Sie auch gerne ein Exemplar mit nach Hause nehmen.

Vielen Dank für Ihre geschätzte Mitarbeit
Ihr Praxisteam Dr. Susanne Friedrich, Dr. Johannes Schmidt, Dr. Teresa Simon

Ort, Datum

Unterschrift