

Patient

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ

Wohnort

E-Mail Privat

Telefon

Mobil

Beruf

Arbeitgeber

Hausarzt

Mitglied/Versicherter

Name

Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse

Name der gesetzlichen bzw. privaten Krankenkasse

beihilfeberechtigt

freiwillig versichert

Zahnzusatzversicherung

Zu Ihrem Besuch

Welches Anliegen führt Sie zu uns? _____

Wie haben Sie uns gefunden?

Persönliche Empfehlung

Google / Internet

Social Media

Zeitung

Überweisung Arzt

Sonstiges _____

Zu Ihrer Gesundheit

Allgemeine Krankheiten:

JA NEIN

Hoher Blutdruck

Niedriger Blutdruck

Blutgerinnungsstörung

Diabetes

Herzerkrankungen

> wenn ja, welche:

Allergien

wenn ja, welche:

Infektionskrankheiten

wenn ja, welche:

Sonstige Erkrankungen:

Rauchen Sie?

> wenn ja, wie viel:

Nehmen Sie Medikamente?

> wenn ja, welche:

Für Patientinnen:

Sind Sie schwanger?

> wenn ja, wann ist der Geburtstermin:

Zu Ihren Zähnen:

JA NEIN

Haben Sie Zahnfleischbluten?

Sind Ihre Zähne kälteempfindlich?

Wann war Ihre letzte prof. Zahnreinigung? (MM/JJJJ)

Tragen Sie eine Aufbissschiene?

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?

> wenn nein, warum:

.....

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist. Änderungen Ihres Gesundheitszustandes bitten wir Sie, uns unverzüglich mitzuteilen.

Falls Sie einen Termin bei uns nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte bis 48 Stunden vorher ab. Sie erweisen uns und anderen Patienten damit einen großen Gefallen, da wir als Bestellpraxis die für Sie vorgenommene Zeit sonst nicht wieder vergeben können. Ausfallzeiten können nach § 615. Satz BGB, 287 ZPO berechnet werden.

Ihre Angaben unterliegen den Richtlinien der EU-Datenschutzverordnung (EU-DSGVO). Bitte kreuzen Sie an, ob wir Ihre Daten verwenden dürfen, um Sie an die Vereinbarung eines Vorsorgetermins zu erinnern oder Ihnen Infopost/Grußkarten zu senden.

SMS E-Mail Brief Telefon Nein, ich möchte nicht erinnert werden

Hiermit versichere ich, die Angaben vollständig und inhaltlich richtig gemacht zu haben. Alle Hinweise im Anamnesebogen habe ich zur Kenntnis genommen. Alle Eingaben wurden entweder von mir persönlich oder von meinem gesetzlichen Vertreter in der Praxis gemacht.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Familienpraxis in Schiefbahn wohl fühlen und beantworten gerne Ihre Fragen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient