



ANAMNESEBOGEN - SEITE 1

| | | | | |
|--------------------|----------|------------|--------------|-------|
| Patient*in | ..... | ..... | ..... | ..... |
| | Name | Vorname | Geburtsdatum | |
| Mitglied | ..... | ..... | ..... | ..... |
| | Name | Vorname | Geburtsdatum | |
| Anschrift | ..... | ..... | ..... | ..... |
| | Straße | Hausnummer | PLZ | Ort |
| Telefon-Nr. | ..... | ..... | Email: | ..... |
| | Festnetz | Mobil | | |
| Krankenkasse | ..... |  |  |  |
| Beruf, Arbeitgeber | ..... |  |  |  |

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

| | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Leiden Sie unter akuten oder chronischen Erkrankungen des Herz-Kreislaufes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? | | |
| Leiden Sie an Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, AIDS/HIV usw.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? | | |
| Leiden Sie an Inneren Krankheiten (Diabetes, usw.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? | | |
| Knirschen Sie mit den Zähnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schnarchen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie an Überempfindlichkeiten/Allergien? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gegen Medikamente, welche? | | |
| Gegen Materialien, welche? | | |
| Sonstige: | | |
| Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welcher Monat? | | |

Bitte füllen Sie auch die Rückseite aus



ANAMNESEBOGEN - SEITE 2

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung, was wurde geröntgt?

.....

Haben Sie Fragen oder wünschen Sie eine Beratung zu besonderen Themen oder Behandlungsmethoden?

Wenn ja, welche?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

.....

Haben Sie ein Bonusheft von Ihrer Krankenkasse?

Wir bieten unseren Patienten einen Recall Service an, bei dem wir Sie in gewünschten Zeiträumen an einen Vorsorgetermin erinnern. Sollen wir Sie entsprechend informieren?

Ja, per... ..Telefon

...Email

Nein, danke

Erläuterungen

Es kann sein, dass bei meiner zahnärztlichen Behandlung Leistungen durchgeführt werden müssen, die nicht von meiner gesetzlichen oder privaten Krankenkasse übernommen werden. Über die genauen Kosten werde ich informiert und verpflichte mich, diese zu bezahlen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Zahnarzt die notwendigen Angaben zur Rechnungserstellung an eine Abrechnungsstelle weitergibt und die Rechnung durch diese erstellen lässt.

Im Behandlungszimmer wird mir ein Formular mit Angaben zu dieser Abrechnungsstelle ausgehändigt.

Sollten Fragen seitens der Abrechnungsstelle oder meiner Krankenkasse entstehen, entbinde ich meinen Zahnarzt in dem dafür notwendigen Umfang von seiner Schweigepflicht, um der Krankenkasse oder der Abrechnungsgesellschaft die notwendigen Auskünfte zu erteilen.

Wenn Sie Ihren Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie den Termin mindestens 48 Stunden vorher abzusagen. Ansonsten müssen wir Ihnen die Ausfallgebühr in Höhe von 50€ in Rechnung stellen.

Ich habe alle Informationen gründlich gelesen und bin damit einverstanden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit aller Angaben.

Osnabrück, den Unterschrift

SENDEN

DRUCKEN

Bitte füllen Sie auch die Rückseite aus