

Anamnese

Patient:

Name Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse (Str./PLZ/Ort)

Tel. privat: Email:

Beruf Tel. Arbeitsplatz

Krankenkasse

Privatpatienten: Haben Sie einen Basistarif in der privaten Krankenversicherung? ja nein

Familienversichert? Bitte Daten des Hauptversicherten angeben:

Name Vorname

Geburtsdatum

Zahlungspflichtiger? Name Vorname

Adresse

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Bestehen folgende gesundheitliche Risiken?

Osteoporose?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Diabetes?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Blutgerinnungsstörungen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Magen – Darm- oder Nierenerkrankung?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herz - / Kreislaufkrankung?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Schilddrüsenerkrankung?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Grüner Star?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Asthma?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ansteckende Krankheiten (HIV, Hepatitis B / C, Tbc)?			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Allergien (Allergiepass) oder Überempfindlichkeit auf bestimmte Stoffe?			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wenn ja, welche?			
Frauen: Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Woche?			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wenn ja, welche?			
Sonstige Erkrankungen:			
Hausarzt (Name, Ort):			
Weswegen begeben Sie sich in zahnärztliche Behandlung?			
•			
•			

Möchten Sie an unserem Recallsystem teilnehmen und halbjährlich an Ihren nächsten Termin erinnert werden? ja nein

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse. Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!
Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

.....
Datum, Unterschrift Patient / Versicherter

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.