

ANAMNESEBOGEN ZAHNHEILKUNDE VECHTA

Persönliches

Patient/in: Name: _____ Vorname: _____

Hauptversicherte/r: Name: _____ Vorname: _____

Kontaktdaten: E-Mail-Adresse: _____

Telefonnummer mobil und/oder privat: _____

Straße: _____ Nr.: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Krankenversicherung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Gesetzlich versichert: Name der Krankenkasse: _____

Privat versichert: Name der Krankenkasse: _____

Zusatzversicherung: Name: _____

Erkrankungen

Leiden Sie unter Vorerkrankungen?

Hoher Blutdruck

Niedriger Blutdruck

Herzinfarkt, ggf. wann? _____

Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen

Diabetes mellitus: Typ 1 oder Typ 2

Infektionserkrankungen: Hepatitis, HIV, Tuberkulose

Schilddrüsenunterfunktion oder -überfunktion

Rheuma

Nierenfunktionsstörungen

Lungenerkrankungen: COPD, Asthma

Neurologische Erkrankungen: Multiple Sklerose, Epilepsie, Parkinson

Grauer Star

Osteoporose

Medizinische Zusatzinformationen

- Nehmen sie Medikamente? Wenn ja, welche? _____
- Nehmen sie Blutverdünner? Wenn ja, welchen? _____
- Sind Allergien bekannt? Wenn ja, welche? _____

(Zutreffendes einkreisen, z.B. **Nein**)

- | | | |
|---|----|------|
| Haben Sie einen Herzschrittmacher? | Ja | Nein |
| Haben Sie eine künstliche Herzklappe? | Ja | Nein |
| Sind sie am Herzen operiert? | Ja | Nein |
| Besteht eine Schwangerschaft? | Ja | Nein |
| Rauchen Sie? | Ja | Nein |
| Trinken sie Alkohol? | Ja | Nein |
| Tragen sie eine Sehhilfe? (Kontaktlinsen, Brille) | Ja | Nein |
| Tragen Sie Hörgeräte? | Ja | Nein |

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten?

Bitte geben Sie uns mindestens 48 Stunden vorher Bescheid. Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr über 40€ in Rechnung stellen.

Für Professionelle Zahnreinigungen und längere Termine werden individuelle Ausfallgebühren berechnet.

Kostenhinweis

Wie allgemein üblich, berechnen wir Leistungen außerhalb der kassenärztlichen Vertragsrichtlinien nach Aufwand und gemäß der Steigerungssätze der GOZ.

Über Mehrkosten werden Sie vor der Behandlung hingewiesen.

Datenschutzerklärung und -entbindung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB. sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Der Speicherung meiner Daten stimme ich zu. Ich entbinde im Falle einer Weiter- bzw. Mitbehandlung anderer Zahnärzte/Ärzte Herrn Bramstedt und Herrn Mouhesh von der Schweigepflicht und erkläre mich einverstanden, dass meine zahnärztlichen Behandlungsunterlagen (Behandlungsblätter, Röntgenbilder, Modelle, usw.) sowie weitere Auskünfte über die betreffende Behandlung auf Anforderung an weiter- bzw. mitbehandelnde Zahnärzte/Ärzte übersandt werden.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet Zeitung Empfehlung Sonstiges _____

Ort, Datum

Unterschrift Patient/ Versicherter/Erziehungsberechtigter