

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen sorgfältig und gewissenhaft auszufüllen, er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Alle Ihre Informationen unterliegen der zahnärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Zusätzlich nehmen wir die Bestimmungen der Europäischen Datenschutzverordnung (DSGVO) sehr ernst. Unsere detaillierten Datenschutzzinformationen finden Sie als Aushang im Wartezimmer. Bitte teilen Sie unserer Praxis Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus unverzüglich mit.

PATIENT*IN

Name Vorname Geburtsdatum

Straße/Hausnummer Postleitzahl/Ort Mobil E-Mail

VERSICHERTE PERSON

Abweichender Zahlungspflichtiger

Name Vorname Geburtsdatum

Straße/Hausnummer Postleitzahl/Ort Mobil E-Mail

VERSICHERUNG

gesetzliche Versicherung **private Versicherung**

private Zahnzusatzversicherung beihilfeberechtigt

Basistarif

Standardtarif

Wie wurden sie auf uns Aufmerksam?

Google

Jameda

Empfehlung durch

Lage im Ärztehaus Pasing

Überweisung durch den Hauszahnarzt

.....

ALLGEMEINER GESUNDHEITZUSTAND

Vorerkrankungen/Immunsuppression:

Allergie gegen:

Medikamente:

<input type="checkbox"/> Bisphosphonate	<input type="checkbox"/> Blutverdünner	<input type="checkbox"/> MRSA-Krankenhauskeim
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Herzpass
<input type="checkbox"/> Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> HIV/Aids	<input type="checkbox"/> Tuberkulose (TBC)
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Raucher*in	

Wann wurden Ihre Zähne zum letzten Mal geröntgt?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner vorstehenden Angaben.

Datum Unterschrift