



Anamnesebogen/Anmeldung

Bitte vor der Behandlung so genau wie möglich ausfüllen und abgeben!

Herr

Frau

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon privat

Telefon tagsüber

E-Mail

Fax

Arbeitgeber

Beruf

Krankenkasse oder Versicherung

Versicherter (bei Familienversicherung)

Geburtsdatum

Gesetzlich versichert

Privat versichert – nicht im Basistarif

Privat versichert – im Basistarif

Beihilfeberechtigt

! Änderungen Ihres Versichertenstatus sind uns zwingend sofort mitzuteilen !

Bei Privatrechnung, Rechnung an: Name & Adresse (falls abweichend vom Patienten)

Hausarzt: Name, Adresse, Telefon:

Herz-Kreislauf-Erkrankung:

Welche Medikamente nehmen Sie
regelmäßig aktuell ein:

Hoher Blutdruck

nein ja

Niedriger Blutdruck

nein ja

Herzklappenerkrankung/-defekt /-ersatz

nein ja

Herzkrankung

nein ja

Herzoperation

nein ja

Herzschrittmacher

nein ja

andere: _____

Infektionserkrankungen:

HIV

nein ja

Hepatitis

nein ja

Tuberkulose

nein ja

andere: _____

Allergien / Unverträglichkeiten:

Welche:

Lokalanästhesie

nein ja

Schmerzmittel

nein ja

Antibiotika

nein ja

andere: _____



bitte wenden!

Weitere Erkrankungen:

- Blutgerinnungsstörungen nein ja
- Asthma nein ja
- Lungenerkrankung nein ja
- Schilddrüsenerkrankung nein ja
- Rheuma /Arthritis nein ja
- Epilepsie nein ja
- Diabetes nein ja
- Nierenfunktionsstörungen nein ja
- Ohnmachtsneigung nein ja
- Krebserkrankung /Nervenerkrankung nein ja

Medikamente:

wenn ja, wann: _____

Allgemeine Angaben:

- Alkoholgenuss nein ja wenn ja, selten oft regelmäßig
- Raucher nein ja wenn ja, selten oft regelmäßig
- Drogenkonsum nein ja
- (Patientinnen) Schwangerschaft nein ja wenn ja, welche Woche: _____
- Frühere Röntgenuntersuchung im Kopfbereich nein ja wenn ja, wann: _____
- Ihr letzter Zahnarztbesuch _____

Corona-Virus:

- Sind/waren Sie mit dem Corona-Virus infiziert nein ja
- Hatten Sie Kontakt mit Corona-Virus-infizierten Personen bzw. sogenannten „Verdachtsfällen“? nein ja
- Leiden Sie aktuell an Husten, Fieber, Halsschmerzen? nein ja

Besondere Patientenwünsche:

- Kostenfreies Benachrichtigungs-/Recallsystem nein ja
- Professionelle Zahnreinigung nein ja

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und werde Sie umgehend über auftretende Änderungen informieren.
Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.
Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
Die Abtretung von Forderungen des Patienten, die aus dem Behandlungsverhältnis mit dem/den Behandler/in resultieren, an Dritte ist ausgeschlossen.
Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu und bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Information gelesen und verstanden habe.
Ich bin damit einverstanden, dass zur Sicherstellung des Zahlungsverkehrs gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei Creditreform eingeholt wird.