

Anamnesebogen

Patient: _____

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Versicherter: _____

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift: _____

Straße _____ Hausnr. _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon: privat: _____ beruflich: _____

E-Mail: _____ Beruf (*): _____

Krankenkasse/Versicherung: _____

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung (*)? JA NEIN

Name der Versicherung (*) _____ versichert seit (*): _____

Covid19: Symptome (Husten,Fieber,..?) JA NEIN

Hatten Sie Kontakt zu einer Covid19-positiv-getesteten Person? JA NEIN

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben, die vertraulich behandelt werden. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

		Ja	Nein			Ja	Nein
Traten bei Ihnen nach zahnärztlichen Behandlungen Komplikationen auf? (Kreislaufschwäche,Nachblutungen..?)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Liegt eine der folgenden Erkrankungen vor?			
				Herzerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
				Kreislaufkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sind Sie in ärztlicher Behandlung?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stoffwechselerkrankung (z.B. Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wer ist Ihr Hausarzt? _____				Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Nehmen Sie Medikamente?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Infektionskrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wenn ja, welche? _____				(z.B. Hepatitis, HIV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
				Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
				Wenn ja, welche? _____			
Bei Frauen: Sind Sie schwanger?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Möchten Sie am Recall-System teilnehmen?			
				JA <input type="radio"/> (Telefon <input type="radio"/> E-Mail <input type="radio"/> WhatsApp <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/>			

Mit (*) markierte Felder sind freiwillige Angaben

Hiermit versichere ich, dass meine Angaben richtig und vollständig sind. Ich verpflichte mich, alle Änderungen die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, umgehend mitzuteilen. Desweiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Termine einzuhalten bzw. mindestens 24 h vorher abzusagen.Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können mit bis zu 50 Euro je angefangene halbe Stunde in Rechnung gestellt werden. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach der Verabreichung von zahnärztlichen Spritzen mein Reaktionsvermögen (Fahrtüchtigkeit) eingeschränkt sein kann.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____