

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Patientenanamnese



Zahn
gesund
heit

Name Vorname geb. am

Anschrift

Tel. privat Mobil Arbeit

Beruf* Krankenkasse Gesetzlich privat

Hauptversicherte/r

*Angabe freiwillig

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen (bitte ankreuzen):

Herz-Kreislauf	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Hepatitis	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Diabetes	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	TBC	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Asthma / Bronchiale Erkrankungen	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	AIDS/HIV	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Gerinnungssystem	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Bluterkrankungen	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Nieren	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>		

Allergien ja nein Sonst. Erkrankungen ja nein

Wenn ja, welche? Wenn ja, welche?

Medikamente und allgemeine Informationen (bitte ankreuzen, ggf. ausfüllen):

Nehmen Sie Medikamente ein?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Welche?
Nehmen Sie Bisphosphonate ein?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Welche?
Medikamentenunverträglichkeit?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Welche?
Besteht eine Schwangerschaft?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Monat:
Rauchen Sie?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Wenn ja, wieviel pro Tag?

Hatten Sie Komplikationen nach Betäubungsspritzen, Zahnentfernung oder sonstigen Behandlungsmaßnahmen?
ja nein

Wann wurden zum letzten Mal Ihre Zähne geröntgt?

Wer hat Ihnen unsere Praxis empfohlen?

Bitte beachten Sie folgenden Hinweis:

Wir sind eine Bestellpraxis. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, **mind. 24 Stunden** vorher abzusagen. Ausfallzeiten werden nach §615 Satz BGB § 287 ZPO in Rechnung gestellt.

Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum Unterschrift

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie auch für sich bzw. Ihren Angehörigen in die elektronische Datenverarbeitung unserer Praxis gemäß dem Merkblatt „Information zur Erhebung personenbezogener Daten gemäß DSGVO“ ein. Das Merkblatt wird Ihnen zur Einsicht ausgehändigt, auf Wunsch erhalten Sie einen Ausdruck.