

Anamnesebogen zur Aktualisierung

Im Interesse der Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen sorgfältig auszufüllen. Bei Fragen helfen wir gerne weiter. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ergeben sich zu einem späteren Zeitpunkt Änderungen an Ihren Aussagen, bitte wir Sie, uns dies mitzuteilen.

Wir bedanken uns für Ihre Bemühung.

Vorname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>
Geburtstag	<input type="text"/>		
Straße, Nr.	<input type="text"/>		
PLZ, Wohnort	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

Gegebenenfalls mitversichert bei / gesetzlicher Vertreter

Vorname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>
Geburtstag	<input type="text"/>		
Straße, Nr.	<input type="text"/>		
PLZ, Wohnort	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Krankenversicherung privat gesetzlich

Ärztliche Anamnese:

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

Allgemeine Herzerkrankungen

Wenn ja, welche?

Diabetes

Erkrankung des Nervensystems (Krampfanfälle, Sonstiges)

Nierenerkrankung (Hämaturie, Bluter, Sonstiges)

Atemwegserkrankung (Asthma, chron. Bronchitis, Sonstiges)

Wurde bei Ihnen eine Strahlentherapie durchgeführt oder nehmen Sie Bisphosphonate?

ja

nein

Haben Sie eine Immunschwäche? (HIV+) ja nein

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose)

Allergien/Unverträglichkeiten

Wenn ja, welche?

Medikamente

Wenn ja, welche?

Wann wurden zuletzt Ihre Zähne geröntgt? vor ca. Jahren

Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja, wieviel
Stück pro Tag?

Sind Sie schwanger? nein ja, in Woche

Erinnerungsservice

Ich wünsche, an Termine erinnert zu werden per Anruf SMS E-Mail

Ich wünsche, in Ihrem Recallsystem für die professionelle Zahnreinigung und die jährliche, zahnärztliche Kontrolluntersuchung aufgenommen zu werden und möchte erinnert werden per

SMS E-Mail

Ich wünsche keine Erinnerung jeglicher Art von Ihrer Praxis

**Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,**

um Wartezeiten für Sie nach Möglichkeit zu vermeiden, arbeiten wir ausschließlich nach einem Bestellsystem. Aus diesem Grund bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens **24 Stunden** vorher bei Bedarf abzusagen, da wir andernfalls ein Ausfallhonorar in Höhe der geplanten Behandlungsleistungen nach § 615 BGB berechnen müssen, es sei denn, das Nichterscheinen ist unverschuldet. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass ein Vertrag für die laufende Behandlung nur mit dem behandelnden Zahnarzt zu Stande kommt.

Datum

Unterschrift