

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, Lieber Patient,

wir freuen uns, Sie bei uns zu begrüßen. Wir möchten Ihnen eine komplikationslose Behandlung in unserer Praxis ermöglichen. Wir bitten Sie daher, diesen Fragebogen vollständig und sorgfältig auszufüllen. Bitte berücksichtigen Sie dabei auch, dass allgemeine Erkrankungen Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können.

Vielen Dank.

Ihr Praxisteam Dr. Heiko Wolf

Persönliches

Name

Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Straße

PLZ / Ort

Telefon

Mobil

E-Mail

Name der Krankenversicherung

Gesetzlich versichert Zusatzversichert Privat versichert

Name des Versicherten


Geburtsdatum

Straße

PLZ / Ort

Zu evtl. Krankheiten, bitte zutreffendes ankreuzen

Herz- u. Kreislauferkrankung <input type="checkbox"/>	Tumorerkrankungen <input type="checkbox"/>
Herzklappenerkrankung <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>
Herzinfarkt <input type="checkbox"/>	Nierenfunktionsstörungen <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck <input type="checkbox"/>	Rheuma/ Gicht <input type="checkbox"/>
Bypass/Stent/Herzschrittmacher <input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen <input type="checkbox"/>
Endokarditis-Prophylaxe <input type="checkbox"/>	Glaukom - grüner Star <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung <input type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen <input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten <input type="checkbox"/>	Welche?
Hepatitis (A, B, C) <input type="checkbox"/>	
Tuberkulose <input type="checkbox"/>	Rauchen Sie? <input type="checkbox"/>
andere Infektionskrankheiten <input type="checkbox"/>	Nehmen Sie zurzeit Medikamente (wie Marcumar, ASS, etc.)? <input type="checkbox"/>
Welche?	Welche Medikamente nehmen Sie?
Immunschwäche (HIV/AIDS) <input type="checkbox"/>	
Lungenerkrankung (z.B. Asthma oder COPD) <input type="checkbox"/>	Wann sind Sie zuletzt am Kopf geröntgt worden?
Allergien <input type="checkbox"/>	
Welche?	Sind Sie schwanger? <input type="checkbox"/>
	Wer ist Ihr Hausarzt?
Anfallsleiden <input type="checkbox"/>	
Ohnmachtsneigung <input type="checkbox"/>	
Osteoporose <input type="checkbox"/>	Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt?
Einnahme von Bisphosphonaten <input type="checkbox"/>	

 Wir möchten Sie noch darauf hinweisen, dass bei der Verwendung von Betäubungsmitteln die Fahrtüchtigkeit eingeschränkt ist. Überdies kann jede Anästhesie zur Schädigung von Nerven und Blutgefäßen führen.

Im Rahmen unseres Prophylaxekonzeptes bieten wir Ihnen einen kostenlosen Erinnerungs-Service (sog. Recall) an

Wünschen Sie eine kostenlose Erinnerung an Ihre nächste Vorsorge?

ja nein

Nun haben wir noch eine Frage in eigener Sache an Sie

Wodurch sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

(Bitte kreuzen Sie an):

- Auf Empfehlung von _____
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Homepage Dr. Heiko Wolf | <input type="checkbox"/> Arzttermine.de |
| <input type="checkbox"/> Jameda | <input type="checkbox"/> Veröffentlichungen / Presseartikel |
| <input type="checkbox"/> Doxter | <input type="checkbox"/> Praxisschild am Gebäude |

Unsere Praxis beauftragt **Mediserv**, eine zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft, mit der Erstellung und dem Einzug Ihrer Privatrechnung, auch für Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Vor dem Erbringen einer solchen „Privatleistung“ werden wir Ihr Einverständnis einholen. Sie profitieren von unserer Kooperation mit **Mediserv** durch die Möglichkeit der Teilnahme an einer kostenfreien sechsmonatigen Ratenzahlung.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden. Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, die Zahnarztpraxis zeitnah zu informieren.

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

Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Ihr Praxisteam Dr. Heiko Wolf