

Anamnesebogen

Patient

Vorname, Nachname
Anschrift

Geburtsdatum, -ort

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Zahlungspflichtiger

Vorname, Nachname
Anschrift

Geburtsdatum, -ort

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

*Hinweis: Zahlungspflichtiger (=Rechnungsempfänger) ist bei volljährigen Mitversicherten der o.g. Patient, bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter.

Name der Krankenkasse	<input type="radio"/> privatversichert <input type="radio"/> pflichtversichert	<input type="radio"/> Ich wünsche Privatbehandlung (Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V)
Beruf des Zahlungspflichtigen	<input type="radio"/> freiwillig versichert <input type="radio"/> private Zusatzversicherung	<input type="radio"/> Pflegegrad _____ <input type="radio"/> Eingliederungshilfe (nach § 53 SGB XII)
Name des Arbeitgebers	PLZ, Ort	
Anschrift des Arbeitgebers		
Straße, Haus-Nr.	Telefon	

Sehr geehrte/r Patient/Patientin, herzlich willkommen in der Zahnarztpraxis Borchardt!

Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Das bedeutet aber auch, dass Sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, da Ihnen sonst die vorgesehene Arbeit bzw. die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt wird (§§ 304, 615 BGB). Erhalten Sie wegen eines Notfalls einen Nottermin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen. Wenn dieser Termin außerhalb unserer Sprechstunde liegt, ist nur eine Notversorgung möglich.

Hinweis für gesetzlich krankenversicherte Patienten:

Wird die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn nachgereicht, erfolgt eine private Abrechnung.

Um uns besser auf Sie einstellen zu können, bitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie uns bitte auch künftige Änderungen mit!

- Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?
 - Asthma (schwere Atemnot) ja nein
 - Allergische Reaktionen wie Heuschnupfen ja nein
 - Unverträglichkeit von Medikamenten ja nein
ggf. welche? _____
 - Blutdruck _____ niedrig normal hoch
ggf. Werte? _____
 - Herzinfarkt Schlaganfall Lähmungen
 Herzerkrankung
ggf. wann? _____
 - Gelbsucht Leberkrankheit HIV-Inf. nein
ggf. wann? _____
 - Diabetes ja nein
 - Rheuma ja nein
 - Bluterkrankungen ja nein
Blutgerinnungsstörungen ja nein
 - Kreislaufferkrankungen ja nein
 - Nierenerkrankungen ja nein
 - Schilddrüsenerkrankungen ja nein
 - Epilepsie ja nein
 - Osteoporose ja nein
 - Tumorerkrankungen/Krebs ja nein
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
- Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ja nein
- Legen Sie Wert auf eine Behandlung Unter örtlicher Betäubung? ja nein
- Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____
- Nehmen Sie z.Zt. oder regelmäßig Medikamente ein? ja nein
ggf. welche? _____
- Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
ggf. wievielte Woche? _____
- Stillen Sie zurzeit? ja nein
- Wünschen Sie ggf. zahnfarbene Füllungen? ja nein
- Gefällt Ihnen die Farbe Ihrer Zähne? ja nein
- Sonstige Angaben/andere Krankheiten

- Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Datum, Unterschrift des Patienten