

Anamnesebogen

Persönliche Angaben:

Vor- und Nachname: _____ Geb.-Datum und Ort: _____

Anschrift: _____ PLZ, Ort: _____

Tel.-Nr.: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____ @ _____

Beruf + Arbeitgeber: _____

Wie sind Sie krankenversichert?

Gesetzlich Privat
Freiwillig versichert Beihilfeberechtigt
Zahnezusatzversicherung bei _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Familie / Freunde Internet Zeitung / Presse Telefonbuch

Sonstiges: _____

Unser Service

Zu Ihrer Unterstützung bieten wir Ihnen einen besonderen Service an: Sie erhalten von uns wenige Tage vor Ihrem nächsten Termin eine kostenfreie SMS oder E-Mail. Möchten Sie diesen Service nutzen? Dann kreuzen Sie doch bitte an, ob wir Ihnen

eine Sms oder eine E-Mail senden dürfen!

Wir erinnern Sie auch gerne an die Ihre regelmäßige Vorsorgeuntersuchung.

Möchten Sie schriftlich oder per Mail benachrichtigt werden, wenn die nächste Untersuchung ansteht?

schriftlich per Mail oder möchten Sie nicht erinnert werden

Was ist der Grund Ihres heutigen Besuches?

Jährliche Vorsorgeuntersuchung Überweisung durch Hausarzt Zahnfleischbluten
Akute Schmerzen Sonstiges _____

Nun einige Fragen zur zahnärztlichen Behandlung

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? _____

	Ja	Nein
Besitzen Sie bereits einen Röntgenpass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Angst vor einer zahnärztlichen Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wünschen Sie eine Behandlung unter Lachgassedierung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen Sie nachts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Nackenverspannungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie (als Kind) in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interessieren Sie sich für ganzheitliche Zahnmedizin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte Rückseite beachten! ⇨

Fragen zur Allgemeingesundheit

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabeteserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose / Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina Pectoris (Nitro-Lingualspray?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grüner Star (erhöhter Augeninnendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenerkrankung/-ersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinsuffizienz / -schwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leber-, Magen-/Darm, Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschritmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (HIV, Hepatits, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Wenn ja, welche? _____					

	Ja	Nein	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____ _____
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? (z.B. Marcumar, ASS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____ _____
Leiden Sie an Allergien / Unverträglichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____ _____
Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? _____
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welcher Monat? _____

Vereinbarung Ausfallhonorar

Unsere Praxis wird als Bestellpraxis geführt, d. h. wir reservieren exklusiv für Sie einen Zeitbereich, in dem kein weiterer Patient einbestellt wird. Sollten Sie aus einem wichtigen Grund Termine nicht wahrnehmen können, so müssen diese mindestens **24 Stunden vorher abgesagt werden**.

Sofern vereinbarte Termine nicht wahrgenommen oder zu kurzfristig abgesagt werden, so besteht gemäß § 615 BGB Anspruch auf ein Ausfallhonorar in Höhe von mindestens € 80,- je vereinbarter Stunde. Da auch für einfache Behandlungen entsprechende organisatorische Maßnahmen erforderlich sind, erheben wir auch in diesen Fällen ein Ausfallhonorar von mindestens € 25,-. Im Einzelfall kann das Ausfallhonorar auch höher ausfallen. In diesen Fällen wird mit Ihnen eine individuelle Vereinbarung getroffen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass die von Ihnen angegebenen Daten korrekt sind und dass Sie der Vereinbarung zum Ausfallhonorar zustimmen.

Rösrath, den _____

Ihre Unterschrift

*Vielen Dank, mit diesen Angaben haben Sie uns nun schon die Möglichkeit gegeben, Sie etwas näher kennenzulernen!
Selbstverständlich werden Ihre hier angegebenen Daten vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.*