

Anamnesebogen

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Versicherter Name: _____ Vorname: _____

Geb-Datum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____ Zusatzversicherung: ja nein

E-Mail _____

Hausarzt: _____

Arbeitgeber: _____

Bitte beachten Sie auch, dass Medikamente und Betäubungsspritzen Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen können.

bitte zutreffendes ankreuzen

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? welche? Ja Nein

Haben Sie Allergien? welche? Ja Nein

Hatten Sie Reaktionen auf Betäubungsspritzen? Ja Nein

Hatten Sie Gelbsucht? Ja Nein

Besteht eine Herzerkrankung ? Stent? Herzschrittmacher? Ja Nein

Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung? Ja Nein



Zuckererkrankung / Diabetes? Ja Nein

Schilddrüsen- oder Nierenerkrankung? Ja Nein

Haben Sie Bluthochdruck? Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? _____

frühere Erkrankungen und OP'S: _____

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

1. im Falle einer Behandlung durch einen anderen ZA, zum Zweck der Führung einer Gemeinschaftspraxis der hinzukommende ZA die Kartei für die zahnärztliche Behandlung verwenden darf.

2. der ZA die zum Zweck der Abrechnung erforderlichen persönlichen Patienten-/ Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geb.-Datum, Kostenträger, Behandlungstage, an die Zahnärztliche Verrechnungsstelle Deutschland e.V. weitergibt, zum Zwecke der Einziehung zahnärztlichen Honorarforderungen

Ich bin mir darüber bewusst, dass ich die Einwilligung freiwillig erteile und ich diese jederzeit widerrufen kann.

3. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Datum: _____ Unterschrift: _____

