



Anamnesebogen für Patienten und Aktualisierungsbogen

Füllen Sie bitte alle nötigen Angaben vollständig und gewissenhaft aus, sie werden von uns vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet Empfehlung von: _____

anderes: _____

PATIENT

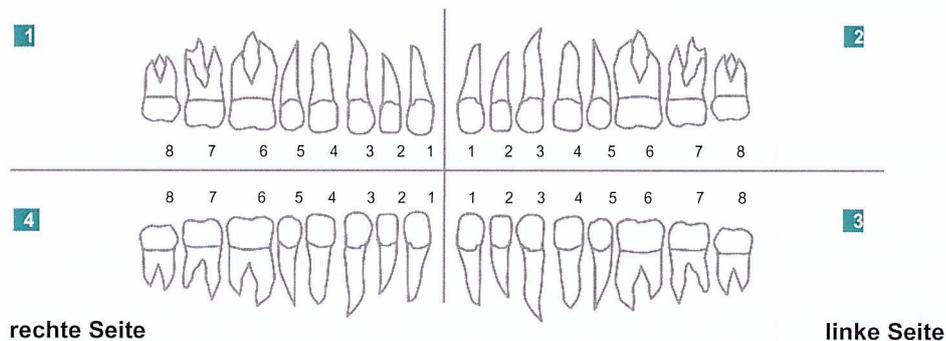
Familienname	_____	Vorname	_____
Strasse/Nr	_____	PLZ-Ort	_____
Krankenkasse/Nr	_____	Geb.Dat	_____
Telefon	_____	E-Mail	_____
Arbeitgeber	_____	Beruf	_____

VERSICHERTER (falls Patient Angehöriger ist)

Familienname	_____	Vorname	_____
Strasse/Nr	_____	PLZ-Ort	_____
Krankenkasse/Nr	_____	Geb.Dat	_____
Telefon	_____	E-Mail	_____
Arbeitgeber	_____	Beruf	_____

FALLS JA - WO HABEN SIE AKTUELL BESCHWERDEN?

Region ankreuzen, dann bitte 2. Seite ausfüllen:



Beschreiben Sie Ihr Problem kurz:

ALLGEMEINMEDIZINISCHE ANAMNESE

Nehmen Sie während der letzten 5 Wochen regelmäßig Medikamente?

- Bisphosphonate Blutverdünnende Medikamente Psychopharmaka
 Andere:

HABEN SIE JEMALS AUF ETWAS (MEDIKAMENT/SPRITZE/etc.) UNGEWÖHNLICH REAGIERT?

- ja nein Latexallergie Antibiotikum

Falls Ja, worauf und wie:

KREUZEN SIE JENE PUNKTE AN, DIE AUF SIE ZU TREFFEN:

<input type="checkbox"/> hoher <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck	Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Ich interessiere mich für:
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> HIV-Infektion	<input type="checkbox"/> Vorsorge
<input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Implantate
<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Parodontitisbehandlung
<input type="checkbox"/> Asthma/Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Zahnspange
<input type="checkbox"/> Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Zahnaufhellung
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Blutarmut	<input type="checkbox"/> Kronen, Veneers

Haben- oder hatten Sie eine Strahlen- oder Chemotherapie?

- ja, weil _____ nein

Besteht eine Schwangerschaft?

- Ja, Woche _____ nein

Haben Sie Herzschrittmacher, Stents oder Bypass?

- Ja, seit _____ nein

Rauchen Sie?

- ja nein früher

Wieviel Stk/Tag _____

Sind Sie in regelmäßiger zahnärztlicher Betreuung?

- nein ja, zuletzt bei:

ALLGEMEINE INFORMATION

Nicht alle Leistungen werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Gerne fertigen wir für Sie auf Wunsch einen schriftlichen Heilkostenplan an.

Wir bitten Sie, kleine Beträge bis 150 Euro sofort zu begleichen (Bar, Bankomat).

AKTUELLE PREISE EINIGER PRIVATLEISTUNGEN:

Spritze	27,- Euro	Krone	1.090,- Euro
weisse Füllung je nach Größe	110,- bis 290,- Euro	Implantat	1.150,- Euro
Prophylaxesitzung Standard	99,- Euro	DVT	185,- Euro

Falls Sie einen Termin nicht 48 Stunden vorher absagen, müssen wir einen Unkostenbeitrag von € 55,- verrechnen.

HABEN SIE NOCH EINE FRAGE?

DATUM + UNTERSCHRIFT DES PATIENTEN ODER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der umseitigen und obigen Angaben.

Ich willige ein, dass meine sensiblen und sonstigen persönlichen Daten (Art. 9 DSGVO) zu den oben angeführten und für meine zahnärztliche Behandlung notwendigen Zwecken weiterverarbeitet und wenn nötig an Auftragsverarbeiter oder andere Verantwortliche (Ärzte, Krankenkassen) weitergeleitet werden.

Ich stimme zu, per SMS oder Email kontaktiert zu werden.