

ANAMNESEBOGEN

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich die Zeit, diesen Fragebogen (**zwei Seiten**) in Ruhe auszufüllen.

Die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand ist wichtig, um für Ihre Behandlung die geeigneten Behandlungsverfahren und Medikamente auswählen zu können. Sollten sich im Laufe der Zeit, in der Sie in unserer Praxis betreut werden, Änderungen an den nachfolgend von Ihnen gemachten Angaben ergeben, bitten wir Sie, uns diese umgehend mitzuteilen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

	Patient:	Hauptversicherter:
Name:		
Vorname:		
Geburtsdatum:		
Str. & Hausnr.:		
PLZ & Ort:		
Geburtsort:		
Tel.:		
Handy:		
E-Mail:		
Beruf:		
Arbeitgeber:		
Tel. geschäftl.:		
Krankenkasse:		
Versicherungsart:	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> nicht versichert	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> privat (im Standardtarif)
Haben Sie eine private Zahn-Zusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden zum Zahnreinigungs-Recall per Brief / SMS / E-Mail angeschrieben zu werden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wer hat Sie zu uns empfohlen oder überwiesen?		
Wer ist Ihr Hausarzt / Internist (Ort, Telefon)?		
Sind Sie zur Zeit in ärztl. / therapeut. Behandlung?		
Wenn ja, bei welchem Arzt / Therapeut?		
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?		

Ich verpflichte mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mind. 2 Tage vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht eingehaltene bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden, je angefangene halbe Stunde 50 €.

