



HERTWECK & KOLLEGEN

Anmeldebogen mit Anamnese

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Aus diesem Grund bitten wir Sie, diesen Fragebogen auch in Ihrem eigenen Interesse vollständig und korrekt auszufüllen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Adresse: _____
Tel. Privat: _____
Tel. mobil: _____
e-mail: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____
Tel. Arbeitsplatz: _____
Krankenkasse: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Patient Versicherter

pflichtversichert: ja / nein

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Haben Sie einen Allergiepass? Sind Allergien bekannt? (z.B. Latex, Penicillin)

ja / nein

Haben Sie einen Röntgenpass?

ja / nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?

ja / nein

Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?

ja / nein

Leiden Sie an einer Lebererkrankung?

ja / nein

Liegt bei Ihnen eine Tumorerkrankung vor?

ja / nein

Haben Sie eine Prostataerkrankung?

ja / nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? (z.B. Bluthochdruck, Thrombose, Herzinfarkt)

ja / nein

Wenn ja, welche?: _____

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? (z.B. Hepatis A/B/C, HIV, Tuberkulose)

ja / nein

Wenn ja, welche?: _____

Haben Sie Diabetes?

ja / nein

Leiden Sie an Epilepsie?

ja / nein

Haben Sie grünen Star?

ja / nein

Haben Sie Asthma?

ja / nein

Leiden Sie unter Migräne?

ja / nein

Nehmen Sie Medikamente?

ja / nein

Wenn ja, welche?: _____

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe / Medikamente?

ja / nein

Wenn ja, welche?: _____

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

ja / nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen?

ja / nein

Blutet Ihr Zahnfleisch?

ja / nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?

ja / nein

Sind Ihre Zähne gelockert?

ja / nein

Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk?

ja / nein

Fand eine Röntgenuntersuchung statt?

ja / nein

Ihre bei uns vereinbarten Termine sind Fixtermine. Die dafür benötigte Behandlungszeit wird ausschließlich für Sie freigehalten. Können Sie einen Termin nicht wahrnehmen, so bitten wir um Benachrichtigung mindestens 24 Stunden vor Beginn Ihres Termins. Ansonsten müssen wir uns aufgrund der uns entstehenden Kosten vorbehalten, Ihnen ein Ausfallhonorar von 90,00 Euro für die Professionelle Zahnreinigung je Stunde bzw. 200,00 Euro je ausgefallene Stunde für die zahnärztliche Behandlung zu erheben.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Gernsbach den, _____
Datum

Unterschrift des Patienten / bei Minderjährigen eines Erziehungsberechtigten