



ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patienten, damit wir Ihre Behandlung so sicher wie möglich durchführen können und um ein paar Informationen über die erwünschte Behandlung vorab zu erhalten, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen vor Behandlungsbeginn auszufüllen. Vielen Dank!

Name: Vorname: Geb.-datum:

Anschrift: PLZ / Ort:

Telefon: Beruf:

Krankenversicherung: Wenn privat, mit Einschränkungen? nein ja:

Haben Sie Allgemeinerkrankungen? nein ja Welche?

Haben Sie Herz-Kreislaufkrankungen? nein ja Welche?

Haben Sie Infektionskrankheiten? nein ja Welche?

Haben Sie Allergien? nein ja Welche?

Nehmen Sie Medikamente ein? nein ja Welche?

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? nein ja Weshalb?

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? nein ja

Von wem wurden Sie überwiesen bzw. wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Welche Unterlagen haben Sie mitgebracht? Überweisung Röntgenbild
 sonstiges

Soweit bekannt, welcher Zahn soll behandelt werden? Weshalb?

Haben Sie Beschwerden an diesem Zahn? nein ja Seit wann?

Wurde die Behandlung schon begonnen? nein ja Wann?

Nehmen Sie deswegen Medikamente? nein ja Welche?

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis und werden ohne Ihr Einverständnis nicht an Dritte weitergegeben; sie dienen dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Ihr Termin ist ausschließlich für Sie persönlich reserviert, wir sind bemüht, Wartezeiten zu vermeiden. Falls Sie einen Termin einmal nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie darum, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da uns ansonsten Ausfallzeiten entstehen. Wir behalten uns vor, nicht eingehaltene Termine entsprechend der Gebührenordnung (je ausgefallene Zeiteinheit) in Rechnung zu stellen, falls Sie nicht rechtzeitig absagen. Sehr gerne erinnern wir Sie auch an Ihren nächsten Termin!

Wünschen Sie, dass wir Sie 1-2 Tage vor Ihrer Behandlung an Ihren Termin erinnern? nein ja

Wenn ja, per Anruf? per Mail? per SMS?

Berlin, den

Unterschrift