

**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.

Name: ..... Vorname:..... Geb.-datum:.....

Anschrift:.....PLZ / Ort: .....

Telefon:..... Beruf:.....

Krankenversicherung:..... Wenn privat, mit Einschränkungen?  nein  ja:.....

Haben Sie eine private Zusatzversicherung? .....  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 werden wir Ihnen 3-4 Tage vor Ihrem nächsten Termin eine Terminerinnerung per SMS senden!

Berlin, den.....

Unterschrift.....

Vielen Dank! Ihr Praxisteam Dr. Pommer.