



## Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Wir freuen uns, dass Sie den Weg in unsere Praxis gefunden haben. Um Ihre Behandlung so komplikationslos, wie möglich durchführen zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Füllen Sie zu diesem Zweck den Anamnesebogen gewissenhaft aus, da allgemeine Erkrankungen und Medikamente Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patient / Versicherter:

Name:  Vorname:  Geburtsdatum:

Straße:  PLZ:  Ort:

Krankenkasse:

Mobil:  Tagsüber erreichbar (ggf. beruflich):  E-Mail:

Dürfen wir Sie an Ihren halbjährlichen Kontrolltermin erinnern?  Ja  Nein

Wenn ja:

Per Postkarte  Per SMS  Per E - Mail, E - Mail-Adresse:

Bei Neupatienten: Haben Sie ein Bonusheft?

Ja  Nein

Wenn ja, bitte legen Sie uns dieses vor.

### Allgemeine Gesundheitssituation:

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? .....  Ja  Nein

Wenn ja, weshalb?

Hausarzt / Facharzt:

### Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

bitte  
wenden



**Allergien:**  Ja  Nein

Wenn ja, welche? .....

## Herzerkrankungen:

Besitzen Sie einen Herzpass?  Ja  Nein

Herzschwäche (Insuffizienz)  Ja  Nein

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)  Ja  Nein

Angina Pectoris  Ja  Nein

Herzklappenersatz, Herzklappenentzündung  Ja  Nein

Herzschrittmacher  Ja  Nein

## Kreislaufferkrankungen:

Zu hoher Blutdruck  Ja  Nein

Zu niedriger Blutdruck  Ja  Nein

Herzinfarkt  Ja  Nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?  Ja  Nein

## Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes)  Ja  Nein

Schilddrüsenerkrankung (Über- oder Unterfunktion)  Ja  Nein

Osteoporose  Ja  Nein

## Infektiöse Erkrankungen:

Lebererkrankungen/Hepatitis A/B/C  Ja  Nein

HIV/Aids  Ja  Nein

Tuberkulose  Ja  Nein

Infektionserkrankungen (zB MRSA)  Ja  Nein

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/

Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK)  Ja  Nein

## Sonstige Erkrankungen:

Blutungsneigung (Hämophilie)  Ja  Nein

Epilepsie, Glaukom  Ja  Nein

Asthma  Ja  Nein

Tumor (Krebs)  Ja  Nein

Nehmen Sie Bisphosphonate  Ja  Nein

**Rauchen Sie?**  Ja  Nein

**Besteht eine Schwangerschaft?**  Ja  Nein

Wenn ja, seit wann? .....

## Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Freunde/Familie  Internet  Sonstiges

Wir bieten den Service einer reinen Bestellpraxis. Das bedeutet, dass Ihr Termin ausschließlich für Sie reserviert. Daher bitten wir Sie Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Dies gibt uns die Möglichkeit diesen Termin anderen Patientinnen oder Patienten anzubieten. Absagen, die später erfolgen müssen wir Ihnen mit 152 €/Behandlungsstunde in Rechnung stellen. Ausnahme hierfür wäre z.B. Krankheit oder höhere Gewalt. Die allgemeinen Geschäftsbedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und bin mit diesen einverstanden. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Datum

Unterschrift des Patienten