

Dr. Daniel Henning
Zahnarztpraxis

Tulpenstr. 35 – 73479 Eilwangen-Pfahlheim
Telefon: 07965 8019775 – Telefax: 07965 8019774
info@zahnarztpraxis-henning.de

Anmeldebogen mit Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Patient

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Adresse: _____
E-Mail privat: _____

Telefonnummern

Privat: _____
Mobil: _____
Geschäftlich: _____

Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____

Wer ist Hauptversicherter?

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen
Dienstes? ja nein
Krankenkasse: _____
Pflichtversichert: ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

- Leiden Sie an einer Allergie? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung? ja nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja nein
Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja nein
Haben Sie einen hohen Blutdruck?
niedrigen Blutdruck? ja
Haben Sie Diabetes? ja nein
Nehmen Sie Bisphosphonate ein? ja nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja nein

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? ja nein

HIV Hepatitis B Hepatitis C

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine Nierenerkrankung? ja nein

Leiden Sie unter Migräne? ja nein

Haben Sie grünen Star? ja nein

Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Bestehen andere Erkrankungen die nicht aufgeführt wurden? ja nein

Wenn ja, welche?

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

Eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung ja nein

In welcher Zahnarztpraxis waren Sie zuvor? _____

Sonstiger Grund _____

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 im Kiefergelenk? ja nein

Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk? ja nein

Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja nein

Hatten Sie innerhalb der letzten zwei Jahre eine Röntgenuntersuchung? ja nein

Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? ja nein

Möchten Sie darüber eine Beratung? ja nein

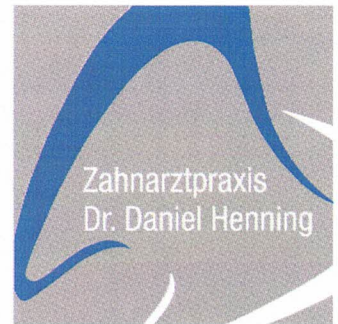
Wünschen Sie eine Terminerinnerung per SMS? ja nein

Wünschen Sie eine Terminerinnerung per E-Mail? ja nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Ellwangen-Pfahlheim,

Datum, Unterschrift



Vereinbarung

Liebe Patienten,

ich halte mir in meiner Bestellpraxis für Ihre Behandlung Termine frei.

Sollten Sie diese Termine nicht wahrnehmen, ohne mich darüber rechtzeitig, d. h. mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin, zu informieren, können dadurch erhebliche finanzielle Einbußen durch Ausfallzeiten meines Praxisteams entstehen. Dies gilt insbesondere dann, wenn ich in der für Sie vorgesehenen Behandlungszeit keine anderen Patienten behandeln kann.

Für diesen Fall kann Ihnen daher ein Ausfallhonorar in Höhe von 35,00 € für jede vereinbarte halbe Stunde in Rechnung gestellt werden, es sei denn, Ihr Fernbleiben war unverschuldet. In diesem Fall haben Sie dem Zahnarzt die Gründe unverzüglich schriftlich mitzuteilen und ggf. nachzuweisen.

Datum, Unterschrift Patient