



**Dr. Daniel Henning
Zahnarztpraxis**

Tulpenstr. 35 - 73479 Ellwangen-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: _____

Wer ist Hauptversicherter?

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Telefonnummern

Privat: _____
Mobil: _____
Geschäftlich: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____

Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____

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

Für Privat Versicherte: Welchen Tarif haben Sie? _____

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 nein
- Haben Sie Diabetes? ja nein
- Nehmen Sie Bisphosphonate ein? (ggf. halbjährliche Spritze) 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
Bitte auch nicht verschreibungspflichtige / pflanzliche Medikamente nennen.
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 Schmerzen im Kiefergelenk? 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

Wie möchten Sie von uns an Ihre vereinbarten Termine erinnert werden?

- per SMS
- per Mail

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.
Ich wünsche eine Kopie dieser Unterlagen ja nein

Ellwangen-Pfahlheim,

Datum, Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

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 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin**, zu informieren, können dadurch erhebliche finanzielle Einbußen durch Ausfallzeiten meiner Praxis 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 49,00 € 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.

Um unnötige Kosten zu vermeiden, nutzen Sie bitte den für Sie kostenfreien Erinnerungsservice unserer Praxis, per Mail oder per SMS!

Datum, Unterschrift Patient
ggf. Erziehungsberechtigtem