Dr. Henkel &
Dr. Henkel-Gutjahr
ZAHNARZTPRAXIS

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Sie bestmöglich betreuen können. Auch allgemeine Erkrankungen, sowie eine Vielzahl von Medikamenten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Danke für Ihre Mitarbeit

Ihr Praxisteam

Persönliches

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Name, Vorname d. Versicherten	*Geburtsdatum d. Versicherten*	
Straße / Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon	Mobiltelefon	Beruf *(Angabe freigestellt)*

Ich bin / war in Behandlung wegen einer der aufgeführten Krankheiten

	ja	nein		ja	nein
Herzerkrankung	☐	☐	Rheuma	☐	☐
Herzschrittmacher	☐	☐	Asthma	☐	☐
Herzklappenfehler	☐	☐	Diabetes	☐	☐
Herzklappenersatz	☐	☐	Grüner Star	☐	☐
Kreislauferkrankung	☐	☐	Schilddrüsenerkrankung	☐	☐
Blutgerinnungsstörung	☐	☐	Tumor- / Krebserkrankung	☐	☐
Lebererkrankung	☐	☐	Magen- / Darmerkrankung	☐	☐
Nierenerkrankung	☐	☐	Osteoporose	☐	☐
Immunschwäche	☐	☐	Migräne	☐	☐
Anfallsleiden	☐	☐	Es besteht eine Schwangerschaft	☐	☐

Allergien *(wenn ja, welche)*
Ich nehme regelmäßig Blutverdünner *(wenn ja, welche)*
Ich nehme regelmäßig Medikamente *(wenn ja, welche)*
Infektionskrankheiten *(wenn ja, welche)*
Ich habe eine oben nicht genannte Erkrankung und / oder vertrage bestimmte Medikamente nicht: *(wenn ja, welche)*

Bitte teilen Sie uns jede Änderung ihres Gesundheitszustandes mit!

© LZK BW 04/2018

Bitte wenden! >>>

Dr. Henkel &
Dr. Henkel-Gutjahr
ZAHNARZTPRAXIS

Grund Ihres Besuches

☐ Ich komme auf Empfehlung durch _____

☐ Grund des Besuchs: _____

_____

Angaben zum Versicherungsstatus

_____

Krankenkasse

☐ Gesetzlich versichert

☐ Freiwillig versichert

☐ Privat versichert ☐ mit Basistarif

☐ Privat zusatzversichert

☐ Behilfe-berechtigt

Regelmäßige Kontrollen / Recall

Ein Großteil der Zahnschäden kann durch regelmäßige Kontrolluntersuchungen verhindert werden. Wir bieten Ihnen an, Sie kostenlos an den nächsten Kontrolltermin zu erinnern.

	ja	nein
Ich möchte an diesem Service kostenlos teilnehmen:	☐	☐

Gerne erinnern wir Sie bequem per E-Mail an ihren nächsten Kontrolltermin.

_____

E-Mail Adresse

Allgemeine Informationen

Wir weisen Sie darauf hin, dass infolge einer örtlichen Betäubung die Reaktionsfähigkeit beim Führen eines Fahrzeuges für ca. 4 bis 6 Stunden beeinträchtigt sein kann. Falls gewünscht rufen wir ihnen gerne ein Taxi.

Um Wartezeiten zu vermeiden, sind wir im Rahmen unserer Terminvergabe gezwungen, Termine als verbindlich zu betrachten. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, so bitten wir Sie, uns rechtzeitig zu informieren. Andernfalls müssen wir Ihnen unsere Ausfallzeiten in Rechnung stellen (§ 615 BGB). Ebenfalls ist es notwenig, Ihre Krankenversicherungskarte spätestens innerhalb einer Woche nach Ihrer Behandlung bei uns einzureichen, da wir andernfalls gezwungen sind, privat zu liquidieren.

Mit der Speicherung meiner Daten zwecks Rechnungsstellung und anderer Verwaltungsaufgaben bin ich einverstanden.
(Nähere Informationen diesbezüglich entnehmen Sie bitte dem Aushang im Wartezimmer).

Vielen Dank für Ihre Auskunft, die wir selbstverständlich diskret behandeln. Unser Praxisteam möchte ihnen die zahnärztliche Behandlung so angenehm, wie möglich gestalten.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

© LZK BW 04/2018