

Anamnesebogen

.....
Patient/in: Vorname, Nachname

.....
Geburtsdatum

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Wohnort

.....
Telefon

.....
E-Mail

.....
Zahlungspflichtige/r*: Vorname, Nachname

.....
Geburtsdatum

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Wohnort

.....
Telefon

.....
E-Mail

* **Hinweis:** Zahlungspflichtiger (=Rechnungsempfänger) ist bei volljährig mitversicherten der o.g. Patient, bei minderjährigen der gesetzliche Vertreter.

.....
Name der Krankenkasse

.....
Name des Arbeitgebers

.....
Beruf des Zahlungspflichtigen

privatversichert pflichtversichert Basistarif private Zusatzversicherung Privatbehandlung erwünscht
(Kostenerstattung nach §13 Abs. 2 SGB V)

Haben Sie einen Behindertenausweis? ja, mit Prozent: nein

Haben Sie eine Pflegestufe? ja, mit Pflegegrad: nein

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

Die Leistungen, die von meiner Versicherung und/oder Beihilfestelle nicht übernommen (bezahlt) werden, trage ich selbst und erwarte nicht, dass die Zahnärzte in der Altstadt-Galerie mit meiner Versicherung über die Angemessenheit der Rechnung verhandeln.

.....
Essen, den

.....
Unterschrift Patient/in

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sind uns wichtig. Aus diesem Grund vergeben wir keine parallelen Behandlungstermine. In der vereinbarten Zeit stehen Sie bei uns im Mittelpunkt! Sollten Sie den Termin versäumen, können wir leider keine andere Behandlung durchführen. Somit ist das Einhalten Ihres Termins für uns sehr wichtig. Aus Überzeugung wollen wir an diesem Konzept festhalten und vergeben weiterhin nur exklusive Behandlungszeiten. Für nicht rechtzeitig abgesagte, fest vereinbarte Behandlungstermine müssen wir leider eine Ausfallgebühr in Erwägung ziehen (§§ 304, 615 BGB). Erhalten Sie wegen eines Notfalles einen außerplanmäßigen Termin, so müssen Sie mit Wartezeit rechnen. An diesem Termin ist nur eine Notversorgung möglich.

Hinweis für gesetzlich krankenversicherte Patientinnen/Patienten:

Wird der Krankenschein/die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn nachgereicht, erfolgt eine private Rechnungslegung.

.....
Essen, den

.....
Unterschrift Patient/in

Anamnesebogen

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie unserer Praxis bitte auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit.

- | | |
|---|--|
| <p>1. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?
 A) Astma (schwere Atemnot) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
 B) Allergische Reaktionen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

 wenn ja, welche?
 C) Unverträglichkeiten von Medikamenten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

 wenn ja, welche?
 D) Blutdruck <input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hoch
 E) <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Lähmungen
 <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

 ggf. wann?
 F) <input type="checkbox"/> Gelbsucht <input type="checkbox"/> Leberkrankheiten <input type="checkbox"/> HIV-Inf. <input type="checkbox"/> nein

 ggf. wann?
 G) Diabetes <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
 H) Rheuma <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
 I) Bluterkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
 Blutgerinnungsstörungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
 J) Kreislauferkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
 K) Nierenerkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
 L) Schilddrüsenerkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
 M) Epilepsie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
 N) Krebserkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

 ggf. welche?
 O) Nehmen Sie Bisphosphonate ein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> | <p>2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
 3. Traten nach einer örtlichen Betäubung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
 Komplikationen auf?

 4. Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung?

 5. Nehmen Sie zur Zeit oder <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
 regelmäßig Medikamente ein?

 ggf. welche?
 6. Besteht eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ungewiss

 ggf. wievielte Woche?
 7. Wünschen Sie eine zahnfarbene Füllung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
 8. Gefällt Ihnen die Farbe Ihrer Zähne? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
 9. Sonstige Angaben/andere Krankheiten

 10. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?
 <input type="checkbox"/> Empfehlung <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Werbung <input type="checkbox"/> Sonstiges

 11. Möchten Sie an Vorsorgetermine <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
 erinnert werden?
 12. Möchten Sie an Ihren Behandlungs- <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
 termin erinnert werden?</p> |
|---|--|

Wichtige Information:

Wir informieren Sie hiermit, dass Lokalanästhetika Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr beeinträchtigen können. Die Bedienung eines KFZ nach Lokalanästhesie geschieht auf eigene Verantwortung.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben

.....
 Datum, Unterschrift des Zahlungspflichtigen