



Patient - Name: _____ **Vorname:** _____ **geb:** _____

Versicherter (falls nicht Pat.)Name: _____ **Vorname:** _____ **geb:** _____

Anschrift:
.....
Telefon: _____ **Fax:** _____ **email:** _____ **mobil:** _____

Bitte benachrichtigen Sie mich, wenn die nächste Untersuchung/Behandlung notwendig ist!
ja nein
Ich wünsche die Benachrichtigung (Recall) per Brief per email (Adresse s.o.)

Krankenkasse/-versicherung: _____ **ich**
bin freiwillig versichert: ja nein private Zusatzversicherung: ja nein

Beruf: _____ **Tel.(Arbeit):** _____ **Arbeitgeber:** _____

Hausarzt: _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?
Empfehlung durch :
.....
Telefon-/Branchenbuch **Notdienst/Vertretung** **Internet** **Sonstiges** :

Grund Ihres Praxisbesuches:
Untersuchung/Kontrolle Schmerz Füllung(en) Zahnersatz Sanierung
Reparatur Zahnfleischbeschwerden Implantate Prophylaxe (Vorsorgeprogramm)
Sonstiges

Tragen Sie Zahnersatz? ja nein ggf. Alter des Zahnersatzes ca.: _____ **Jahre**

Wünschen Sie eine spezielle Beratung über
Füllungstherapie Parodontalbehandlung professionelle Prophylaxe Speicheltests
Implantate Zahnersatz Kinderzahnheilkunde Schwangerschaft Zahnkosmetik
Dental Bleaching (Aufhellen der Zähne) Schmelzdekors Sonstiges

Anamneseblatt

Bitte kreuzen Sie derzeitige, auch frühere Erkrankungen, Beschwerden, erkrankte Organe bzw. Vorbehandlungen an:

Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>
Blutarmut(Anämie)	<input type="checkbox"/>	Blutungsneigung/Hämophilie	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>
Bronchitis	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	Zucker(Diabetes)	<input type="checkbox"/>
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	Leber	<input type="checkbox"/>	Niere(n)	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	Neurolog. Erkrankung	<input type="checkbox"/>	psych. Erkrankung	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	Medikamenten-Allergie	<input type="checkbox"/>	Penicillin-Allergie	<input type="checkbox"/>
Latex-Allergie	<input type="checkbox"/>	Gelbsucht/Hepatitis	<input type="checkbox"/>	HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Vergiftung	<input type="checkbox"/>	Parodontitis	<input type="checkbox"/>

Sonstige Erkrankungen:

Unverträglichkeiten zahnärztlicher Materialien:

Medikamente:

Schwangerschaft (Monat):

Wünschen Sie örtliche Betäubung: ja nein nach Absprache

Besitzen Sie ein Bonusheft: ja nein

Was haben Sie bisher beim Zahnarztbesuch am meisten vermisst?

Aus rechtlichen Gründen bitten wir Sie um die Abgabe folgender Erklärungen:

1. Ich bin bis auf Widerruf mit der Weitergabe meiner Krankenunterlagen an einen evtl. Praxisnachfolger einverstanden.
2. Ich stimme der Abtretung von Forderungen aus zahnärztlicher Behandlung und der Weitergabe meiner notwendigen Daten an zahnärztliche Verrechnungsstellen bis auf Widerruf zu.
3. Ich bin mit der Berechnung von mir verschuldeter Praxisausfallzeiten einverstanden, nach §615 BGB, je Viertelstunde á 60 EUR.

Heilbronn, den

Unterschrift: