

Dr.Barbara Kaufmann - Dr.Gabriel Vill - ZÄ Alexandra Krumb

Kirchenstraße 2a - 63911 Klingenberg - Tel: 09372/ 3900 - Fax: 09372/ 20239
www.zahnaerzteteam-klingenberg.de info@zahnaerzteteam-klingenberg.de

HERZLICH WILLKOMMEN AUF UNSERER PRAXIS-HOMEPAGE

Hier können Sie den Anamnesebogen direkt am Computer ausfüllen, ausdrucken und zu Ihrem Praxisbesuch mitbringen. Unklare Felder einfach frei lassen.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes, auch im Hinblick auf die EDV Erfassung ihrer Daten

Patientendaten

Name des Patienten:

geb. am:

Anschrift:

Name der Krankenkasse:

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben:

Pflichtversichert **ja** **nein**

Freiwillig versichert **ja** **nein**

Haben Sie eine private Zusatzversicherung **ja** **nein**

Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? **ja** **nein**

Telefon:

Fax:

Mobil:

Telefon Büro:

E-Mail Adresse:

Beruf:

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten?

Versicherter:

geb. am:

Anschrift:

Weitere Angaben

Arbeitgeber:

Anschrift des Arbeitgebers:

Haben Sie Interesse an regelmäßiger Vorsorge, **ja** **nein**
um erneute Erkrankungen zu vermeiden?

An welchen Wochentagen zu welcher Zeit möchten Sie am liebsten behandelt werden?

Wochentag: 1.	Zeit: 1.
2.	2.
3.	3.

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Dr.Barbara Kaufmann - Dr.Gabriel Vill - ZÄ Alexandra Krumb

Kirchenstraße 2a - 63911 Klingenberg - Tel: 09372/ 3900 - Fax: 09372/ 20239
www.zahnaerzteteam-klingenberg.de info@zahnaerzteteam-klingenberg.de

Die blau unterlegten Felder bitte so vollständig wie möglich ausfüllen.

Patient_In:

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes, auch im Hinblick auf die EDV Erfassung ihrer Daten

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

HIV (AIDS)	ja	nein
Gelenkprothese (z.B. Hüfte)	ja	nein
Herzerkrankung	ja	nein
Hoher Blutdruck	ja	nein
Niedriger Blutdruck	ja	nein
Ohnmachtsneigung	ja	nein
Marcumar / Gerinnungshemmer	ja	nein
Blutungsneigung / Bluterkrankung	ja	nein
Rheuma	ja	nein
Diabetes	ja	nein
Schilddrüsenerkrankung	ja	nein
Lebererkrankung (Hepatitis)	ja	nein
Magen-Darmerkrankung/Sodbrennen	ja	nein
Nierenerkrankung	ja	nein
Lungenerkrankung / Asthma	ja	nein
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen	ja	nein
Epilepsie	ja	nein
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? Wenn ja, welche?	ja	nein

Allergien	ja	nein
Wenn ja, welche?		

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Regelmäßige Medikamenteneinnahme:

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich?	ja	nein
Wenn ja, bei welchen?		

Sind Sie Raucher?	ja	nein
-------------------	----	------

Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich?

Raucher: 2-3

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?	ja	nein
--	----	------

Patient_In:

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?

Hausarzt

letzte hausärztliche Untersuchung?

Grund Ihres Besuchs

Kontrolluntersuchung	ja	nein
Zahnschmerzen	ja	nein
Zahnfleischbluten	ja	nein
Migräne / Kopf- / Nackenschmerzen	ja	nein
Kiefergelenkbeschwerden	ja	nein
Knirschen	ja	nein
Mundgeruch	ja	nein
Sonstiges		

Sie sind uns wichtig

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	ja	nein
Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders Berücksichtigen?		

starker Würgereiz	ja	nein
Starke Schmerzempfindlichkeit	ja	nein

Beratungswunsch

Zahnfarbene Keramikfüllungen	ja	nein
Weißer Zähne (Bleaching)	ja	nein
Implantate / Implantatversorgung	ja	nein
Amalgamsanierung	ja	nein
Hypnosebehandlung	ja	nein
Zahnästhetik / Kosmetik / Ihr Lächeln	ja	nein
Ernährungsfragen	ja	nein
Professionelle Zahnreinigung	ja	nein

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum

Unterschrift