

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen!



Weil wir uns gewissenhaft Ihren zahnmedizinischen Wünschen zuwenden wollen, füllen Sie bitte diesen Anamnesebogen vollständig aus. Gern sind wir Ihnen dabei behilflich.
Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht

Name: Vorname:

Wohnanschrift:

Geburtsdatum: Telefon:

E-Mail:@.....

Zusatzversicherung Beihilfeberechtigt Privat versichert- **im** Basistarif

Wer ist Zahlungspflichtiger?

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?

Medizinische Befunderhebung- haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?

Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Infektionserkrankungen:

- Hoher Blutdruck HIV/Aids
- Niedriger Blutdruck Tuberkulose (Tbc)
- Herzerkrankungen Lebererkrankung
- Herzschrittmacher
- Herzklappenerkrankung/Herzklappendefekt

Allergien:

- Latex
- Anästhetika (Betäubungsmittel)
- Antibiotika/Penicillin
-

Weitere Erkrankungen:

- Rheuma Blutgerinnungsstörung
- Asthma Epilepsie
- Diabetes Schilddrüsenerkrankung
- Nierenerkrankungen grüner Star (Glaukom)

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....
.....

Wünschen Sie Informationen zu folgenden Themen?

- Professionelle Zahnreinigung
- Zahnfleischbehandlung
- Bleichen
- Zahnersatz

Wir arbeiten in der Praxis nach einem Wiederbestellsystem (Recall).
Die Kontrolltermine können Sie nach Behandlungsende an der Rezeption neu vereinbaren oder sich durch uns per Post oder E-Mail erinnern lassen.

- Post
- E-Mail

Wichtige Hinweise:

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr unter Einfluss von Injektionen/Spritzen zur lokalen Betäubung beeinträchtigt sein kann.

Ich habe alle Fragen und Angaben verstanden und nach meinem besten Wissen beantwortet.

Chemnitz, den _____

Unterschrift: _____

Chemnitz, den _____

Unterschrift: _____

Chemnitz, den _____

Unterschrift: _____

Chemnitz, den _____

Unterschrift: _____

Chemnitz, den _____

Unterschrift: _____