

SCHÖN, DASS SIE DA SIND

Herzlich willkommen in unserer zahnärztlichen Praxis.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus, denn die erbetenen Angaben zu Ihrer Krankengeschichte dienen Ihrer Gesundheit. Bei eventuellen Unklarheiten helfen wir Ihnen gerne weiter.

Wir wollen erreichen, dass Krankheiten frühzeitig erkannt werden und dass unsere Behandlungsmaßnahmen und Medikamente Ihrem Gesundheitszustand angepasst werden können.

Selbstverständlich behandeln wir alle Auskünfte vertraulich!

Ihr Praxis-Team

PATIENTENANMELDUNG

ANAMNESE & DATENSCHUTZ

Ihr Name: _____ Ihr Vorname: _____

Ihr Geburtsdatum: _____ Ihr Geburtsort: _____

Versichert über (Name/Vorname des Versicherten): _____

Geburtsdatum Versicherungsmitglied: _____

Straße | Hausnummer: _____ PLZ | Ort: _____

Telefon gesch. | privat: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail Adresse: _____

Name und Sitz Ihrer Krankenkasse: _____

pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert Beihilfe nicht versichert

Zusatzversicherung bei: _____

Beruf/Arbeitgeber (freiwillige Angabe): _____

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? _____

Durch wen wurden Sie empfohlen bzw. wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Wünschen Sie eine regelmäßige Benachrichtigung für Ihre Vorsorgetermine? Ja Nein

Wenn ja, per Post oder Mail



**ZAHNARZT-PRAXIS
DR. TANJA WINTER**

ALLGEMEINE ANAMNESE

Zutreffendes bitte ankreuzen!

| | | | |
|--|---|--|---|
| Allergien | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Infektionskrankheit (HIV, Hepatitis) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Welche (Penicillin, Aspirin, Schmerzmittel, etc.): | | Nervenkrankheit | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| <hr/> | | Bronchial-Asthma | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Allergiepass | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Husten/Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Herz- o. Kreislaufbeschwerden | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Epilepsie (Anfallsleiden) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Erhöhte Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Diabetes (Blutzucker) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Insulin | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Krebs/bösartige Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Falls eine der Fragen mit Ja beantwortet wurde, | |
| Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Name und Anschrift des Hausarztes (oder Internist) | |
| Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |

| | |
|---|---|
| Hatten Sie jemals eine Ohnmacht bei (zahn-) medizinischen Eingriffen? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Benötigen Sie eine Antibiotikaphylaxe (Gabe) vor zahnärztlichen Eingriffen? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Nehmen Sie zur Zeit irgendwelche verordneten Medikamente? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja welche: | |
| Nehmen Sie Bisphosphonate (Osteoporose/Krebsbehandlung)? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Nehmen Sie Blutverdünner? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Neigen Sie zu Zahnfleischbluten? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie Angst vor Zahnbehandlungen? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Was ist der Grund für Ihren Besuch? | |

Wir weisen Sie darauf hin, dass wir eine Bestellpraxis sind und bitten Sie, die reservierten Termine, die aus gesundheitlichen oder beruflichen sowie persönlichen Gründen nicht eingehalten werden können, mind.

24 Stunden vorher abzusagen. Bei mehrfach kurzfristig abgesagten und nicht eingehaltenen Terminen erlauben wir uns, Ihnen eine Ausfallgebühr in Höhe von 100 € pro Stunde in Rechnung zu stellen.

Falls Sie uns nicht persönlich erreichen sollten, haben Sie die Möglichkeit, uns eine E-Mail zu senden an:

praxis@dr-winter.de

Datum:



ZAHNARZT-PRAXIS
DR. TANJA WINTER

Unterschrift:

Die Patienten-Information zu Art.13 DS-GVO habe ich zur Kenntnis genommen.