

Pat. Nr.: _____

Praxis für Zahnheilkunde
Dr. Kai-Uwe Schimmang
Spöttinger Straße 2a
86899 Landsberg am Lech
Tel. 0 81 91 / 98 55 610



ANAMNESEBOGEN

Patient Herr/Frau Name _____ Vorname _____ geb. _____

Mitglied/Versicherter Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift Postleitzahl _____ Ort _____

Straße/Nr. _____

Kommunikation Telefon _____ Handy _____

E-Mail _____ @ _____

E-Mail Adresse bitte gut leserlich In Druckbuchstaben

Name der Krankenkasse _____

Privat versichert freiwillig gesetzlich versichert beihilfeberechtigt ZE-Zusatzversicherung vorhanden?

ALLGEMEINE SITUATION

ja nein

ZAHNÄRZTLICHE SITUATION

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung? ja nein

Herzerkrankungen (Herzinfarkt? / OP?) ja nein

Hoher Blutdruck ja nein

Niedriger Blutdruck ja nein

Blutgerinnungsstörungen ja nein

Schilddrüsenerkrankungen ja nein

Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis / HIV) ja nein

Allergien (Medikamente / Metalle / sonstiges) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Diabetes ja nein

Magen-/Darmerkrankungen ja nein

Lebererkrankungen ja nein

Nierenerkrankungen ja nein

Lungenerkrankungen / Asthma ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Andere Erkrankungen ja nein

Wenn ja, welche? _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein?: _____

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

ja nein

Zahnfleischbluten / Zahnfleischrückgang ja nein

Kiefergelenksgeräusche (Knacken)? ja nein

Schmerzen am Kopf / Nacken? ja nein

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten zahnärztlich

(am Kopf) geröntgt? ja nein

Ist bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung

durchgeführt worden? ja nein

Bitte wenden – Rückseite beachten →

Recall (Vorsorgeuntersuchung):

Möchten Sie regelmäßig (halbjährig) wegen einer Kontrolluntersuchung/Prophylaxe kontaktiert werden?

Ja Nein

Erinnerungs- und Bestätigungsservice:

Gerne erinnern wir Sie rechtzeitig über Ihre notwendigen Termine. Versäumte Termine sind ärgerlich und führen zu unnötigen Wartezeiten. Daher bestätigen wir jeden Termin im Vorfeld schriftlich.

Dürfen wir Ihnen daher Terminerinnerungen für die vereinbarten Termine per Mail oder SMS zukommen lassen?

(Bitte nur ein „ja“ ankreuzen)?

E-Mail

SMS

Ja Nein

Ja Nein

Erklärung (Bitte durchlesen !!!)

Ihre Zeit und Ihre Gesundheit sind uns wichtig! Deshalb wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Die Behandlung Ihrer Zähne erfolgt nach einem genau festgelegten Zeitplan. Ihre Behandlungszeit ist nur für Sie reserviert. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie spätestens 48 Stunden vorher um Nachricht. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir reservierte aber nicht in Anspruch genommene Behandlungszeit bei mehrmaligen Vorkommen mit EUR 30,- pro Viertelstunde in Rechnung stellen können. Kassenpatienten: Wird die Krankenversicherungskarte nicht spätestens am Quartalsende vorgelegt, müssen wir die Behandlungskosten privat in Rechnung stellen. Sämtliche Ansprüche, die aus dem zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten jeweils getroffenen Behandlungsvertrag resultieren, werden von dem Patienten/Zahlungspflichtigen an Dritte weder abgetreten noch verpfändet. Wir versichern Ihnen den vertraulichen Umgang mit Ihren Daten. Desweiteren bitten wir Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands unverzüglich mitzuteilen. Wegen des Mutterschutzes bitten wir auch unsere weiblichen Patientinnen um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungs-Zeitraums eine Schwangerschaft eintritt! Ebenso möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt sein kann.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne jederzeit zur Verfügung.

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)

Kontrolle

Jahr: _____ Unterschrift: _____ - Jahr: _____ Unterschrift: _____ - Jahr: _____ Unterschrift: _____