



ZAHNARZTPRAXIS
DR. GEORG SCHULZ

Herzlich willkommen!

Wir freuen uns sehr, Sie als Patient in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Nachname und Vorname (Patient)

Geburtsdatum

Geburtsort

Geburtsname

Versicherter (bei Familienversicherung)

Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Hausnummer)

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Krankenkasse / Versicherung

Beihilfe

Zusatzversicherung

Beruf / Arbeitgeber

Empfohlen durch

Für gesetzlich versicherte Patienten:

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt uns diese auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so sind wir gezwungen, Sie als Privatpatient zu betrachten und Ihnen eine Rechnung nach der Privatgebührenordnung zu stellen.

Besondere Patientenwünsche:

Professionelle Zahnreinigung

Nein Ja Sonstiges:

Beratung über Bleaching / Zahnaufhellung

Nein Ja _____

Regelmäßige Erinnerung an Kontrolluntersuchungen

Nein Ja _____

Beratung über Zahnimplantate / Zahnersatz

Nein Ja _____

Bitte wenden!

Erkrankungen:**Wenn ja, welche?**

- Herz-/ Kreislauferkrankung Nein Ja _____
- Herzschrittmacher Nein Ja _____
- Bluthochdruck Nein Ja _____
- Blutgerinnungsstörung Nein Ja _____
- Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV/AIDS) Nein Ja _____
- Allergie, Unverträglichkeit Nein Ja Welche? _____
- Stoffwechselerkrankung (z.B. Diabetes) Nein Ja _____
- Atemwegserkrankung (z.B. Asthma) Nein Ja _____
- Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) Nein Ja _____
- Schilddrüsenerkrankung Nein Ja _____
- Künstliche Gelenke Nein Ja _____
- Osteoporose Nein Ja _____
- Tumorerkrankung Nein Ja _____
- Sonstige Erkrankungen Nein Ja _____
- Frühere Operationen Nein Ja _____
- Besteht eine Schwangerschaft? Nein Ja _____
- Nehmen Sie (regelmäßig) Medikamente ein? Nein Ja Welche? _____

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung? Nein Ja _____

Name und Anschrift des Arztes: _____

Bitte beachten Sie:

Unser Team ist immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. So haben wir die Möglichkeit, den frei gewordenen Termin anderweitig zu vergeben.

Bedenken Sie bitte, dass Patienten mit akuten Schmerzen in unser Bestellsystem eingebunden werden müssen. Dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen, über die Sie unsere Mitarbeiterinnen frühzeitig informieren werden.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Ich werde Sie umgehend über auftretende Änderungen informieren.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten, ggf. des Erziehungsberechtigten

Vielen Dank für die Zeit, die Sie sich für das Ausfüllen dieses Anamnesebogens genommen haben!

Ihr Praxisteam Dr. Georg Schulz