Kristin Börner
Zahnärztin

Anamnesebogen

Patient

Name, Vorname: _____

geboren am: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Beruf des Mitglieds: _____

private Zusatzversicherung ja/nein

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau.
die Angaben unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Allgemeine Erkrankungen

Bluthochdruck	ja/nein
Herzklappenfehler	ja/nein
Osteoporose	ja/nein
Herzschrittmacher	ja/nein
Endokarditis	ja/nein
Herzoperation	ja/nein
Anfallsleiden (Epilepsie)	ja/nein
Asthma/Lungenerkrankung	ja/nein
Blutgerinnungsstörung	ja/nein
Diabetes/Zuckerkrankheit	ja/nein
Augenerkrankung (z.B. Glaukom)	ja/nein
Nierenerkrankung	ja/nein
Ohnmachtsanfälle	ja/nein
Schilddrüsenerkrankung	ja/nein

Infektiöse Erkrankungen

HIV	ja/nein
Hepatitis	ja/nein
Tuberkulose	ja/nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten

Lokalanästhesie/Spritzen	ja/nein
Antibiotika	ja/nein
Schmerzmittel	ja/nein

sonstige Erkrankung: _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit? _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja/nein Wenn ja, in welchem Monat? _____

Sind bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? ja/nein Wenn ja, wann? _____

Recall

Ich möchte in regelmäßigen Abständen an die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden. ja/nein

Wenn ja, Brief/E-Mail: _____

Ich erkläre mich mir der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden. Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Desweiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Datum: _____ Unterschrift: _____