

Anamnesebogen

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Straße:

PLZ:

Ort:

Krankenkasse:

- pflichtversichert privatversichert zusatzversichert
 privatversichert/Standardtarif beihilfeberechtigt

Arbeitgeber:

Beruf:

Tel. privat:

Tel. beruflich:

Mobil:

Email:

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitten wir um folgende Angaben:

Name: Vorname: Geb. Datum:

Straße: PLZ, Ort:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?



Praxis für ästhetische und rekonstruktive Zahnheilkunde
Dr. Matthias Münch
Heinkelstr. 1a, 68519 Viernheim • Tel. 06204 - 9145940
www.zahnarzt-in-viernheim.de



Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir folgende Angaben:

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?

- Asthma? Ja Nein
- Allergien? Ja Nein Wenn ja: Worauf?
- Kreislaufkrankung? Ja Nein
- Wie ist Ihr Blutdruck? normal niedrig hoch Ggf. Werte:
- Schlaganfall Lähmungen Ggf. Wann:
- Gelbsucht Lebererkrankungen Ggf. Wann:
- Augeninnendruck erhöht (Glaukom)? Ja Nein
- Gerinnungsstörungen? Ja Nein
- Herzerkrankungen (Herzschrittmacher)? Ja Nein
- Diabetes? Ja Nein
- Rheuma/Osteoporose Ja Nein
- Tumorerkrankungen? Ja Nein Welche?:
- Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids, etc.) Ja Nein Welche?:
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein Welche?:
- Weitere Erkrankungen?
- Rauchen Sie? Menge/Tag
- Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein Wievielte Woche?:

Recall

Im Rahmen der notwendigen Vorsorgeuntersuchungen empfehlen die Versicherungen/gesetzl. Krankenkassen regelmäßige Kontrolluntersuchungen. Sind Sie damit einverstanden, wenn wir Sie an diese Termine persönlich erinnern?

Ja, ich bin damit einverstanden

Nein, ich wünsche keine Erinnerung:

.....
Unterschrift

Absage eines Termins

Wir bitten, vereinbarte Termine einzuhalten oder mind. 24 Std. im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden. Danke für ihr Verständnis.

.....
Unterschrift

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben auf beiden Seiten.

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift)

Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich Änderungen in Ihren Angaben ergeben.

Vielen Dank für Ihre freundliche Mithilfe! Bitte bringen Sie diesen Fragebogen ausgefüllt zu Ihrem Termin mit.



Praxis für ästhetische und rekonstruktive Zahnheilkunde
Dr. Matthias Münch
Heinkelstr. 1a, 68519 Viernheim • Tel. 06204 - 9145940
www.zahnarzt-in-viernheim.de

