

# Anmeldebogen mit Anamnese

Guten Tag,

wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen.

Beachten Sie bitte die Hinweise auf der 2. Seite. Bei evtl. Rückfragen geben wir Ihnen gerne Auskunft.

## Patientendaten:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum/ -ort \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

## Privat versichert:

Name des Kostenträgers: \_\_\_\_\_

Standardtarif

Basistarif

Postbeamten KK

beihilfeberechtigt

freiwillig versichert

## Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, über wen sind Sie versichert:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum/ -ort: \_\_\_\_\_

Wer soll die Rechnung erhalten? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Röntgenpass?

ja, wenn ja bitte vorlegen

nein

Besitzen Sie einen Herzpass?

ja, wenn ja bitte vorlegen

nein

Besitzen Sie einen Allergiepass?

ja, wenn ja bitte vorlegen

nein

Fand in den letzten 12 Monaten eine Röntgen-  
untersuchung des Kiefers statt?

ja

nein

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

Angaben zur Berechnung der Dosis von Lokalanästhetikum: \_\_\_\_\_ Gewicht in kg \_\_\_\_\_ Körpergröße in cm

## Bitte zutreffendes ankreuzen:

Diabetes/ HbA1c Wert?  ja  nein

Allergie  ja  nein

Asthma  ja  nein

Krebserkrankung  ja  nein

Herz-/ Kreislaufferkrankt  ja  nein

Nierenerkrankung  ja  nein

Blutdruckwerte:

Gerinnungsstörungen  ja  nein

Gefäßkrankheiten  ja  nein

Stoffwechselerkrankung  ja  nein

Schilddrüsenerkrankung  ja  nein

Neurodermitis  ja  nein

Raucher  ja  nein

Blutarmut  ja  nein

Künstliche Gelenke  ja  nein

Sind Sie schwanger  ja  nein

## Infektionskrankheiten:

HIV/ AIDS  ja  nein

Hepatitis A / B / C  ja  nein

Creutzfeldt Jakob  ja  nein

Tbc  ja  nein

MRSA Krankenhauskeim  ja  nein

## Sonstige Erkrankungen:

Medikamente: \_\_\_\_\_

Welche: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

niedrig  normal  hoch

Medikamente: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Anzahl Zigaretten pro Tag: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

OP Datum: \_\_\_\_\_

Welche Woche: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Wenn ausgeheilt, bitte Nachweis einreichen.

Medikamente: \_\_\_\_\_

# Anmeldebogen mit Anamnese

## Wie haben Sie den Weg in unsere Praxis gefunden?

- Empfehlung durch:  Familienmitglied  Bekannter  Nachbar  
 Mitarbeiter der Praxis
- Sonstige:  Internet  Facebook  ABOM AK  
 Zeitungsanzeige  Hochzeitsmesse  Werbung
- 

## Recall

Möchten Sie von uns halbjährlich schriftlich benachrichtigt werden, wenn die nächste Vorsorgeuntersuchung stattfinden muss?  ja  nein

**Erklärung zum Datenschutz:** Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Kontaktdaten, Telefonnummern, Handynummern und E-Mailadresse, für organisatorische, interne, die Praxis betreffende Belange, z.B. Schriftverkehr und Terminvergabe gespeichert und genutzt werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen kann.

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung freigehalten. Während dieser Zeit wird kein anderer Patient behandelt. Sollte es dennoch einmal zu einer Wartezeit kommen, so aus dem Grund von unvorhersehbaren Zwischenfällen oder zahnmedizinischen Notfällen. Wir bitten dies in solchen Fällen zu entschuldigen.

Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vorher, Ihren Termin abzusagen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann. Anderenfalls müssen wir Ihnen ggf. ein Ausfallhonorar (nach §615 BGB) berechnen, für jede angefangenen 15 Min / 60 €. Im Falle des nicht verschuldeten Nichterscheinens entfällt das Ausfallhonorar bei entsprechendem Nachweis.

Änderungen des Gesundheitszustandes oder Medikamentenwechsel teile ich Ihnen unaufgefordert und sofort mit.

Ich bestätige, mit meiner Unterschrift, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben und die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

---

Altenkirchen, den

Unterschrift

