



www.teeth4beauty.de

E-Mail: info@teeth4beauty.de

PATIENTEN-FRAGEBOGEN

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Bevor wir auf Ihre zahnmedizinischen Wünsche eingehen können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren derzeitigen allgemeinen Gesundheitszustand. Daher bitten wir Sie, die nachfolgenden Seiten gewissenhaft auszufüllen.

Nachname und Vorname (Patient)	Geburtsdatum, Geschlecht
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort
Telefon privat/tagsüber	E-Mail
Arbeitgeber	Beruf

Name der Versicherung/Krankenkasse:	Ich habe eine Zahnzusatzversicherung, wenn ja bei folgendem Unternehmen:
<u>Bei Privatpatienten:</u> Ich bin im PKV-Standardtarif oder Basistarif	<u>Bei Privatpatienten:</u> Ich bin beihilfeberechtigt
Hausarzt: Name, Adresse, Telefon	

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort

Wünschen Sie eine regelmäßige Erinnerung für die Vorsorgeuntersuchung? Ja / Nein
--

Wir sind eine reine Bestellpraxis und reservieren für Ihre zahnmedizinische Behandlung in unserer Praxis spezielle Zeiten, damit wir uns in diesem Zeitrahmen nur um Sie kümmern können. Dadurch sind die geplanten Termine bei Nichteinhaltung schnellstmöglich, mindestens aber 24 Stunden vor dem geplanten Termin abzusagen.

Ist dies nicht der Fall oder bleibt ein Termin unentschuldig versäumt, so werden wir Ihnen diesen Termin unwiderruflich (gemäß §615 BGB) mit einer Ausfallpauschale in Höhe von 25 € je 15 Minuten in Rechnung setzen.

Datum, Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter

ANAMNESE-FORMULAR

Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Ja	Nein	Medikamente/ weitere Angaben
Hoher Blutdruck (Hypertonie)			
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)			
Herzklappenerkrankung/-defekt			
Herzerkrankung			
Herzschrittmacher			
Endokarditis-Prophylaxe			
HIV			
Hepatitis A, B oder C			
Tuberkulose			
andere			
Allergien/Unverträglichkeiten	Ja	Nein	Medikamente/ Bemerkungen
Lokalanästhetika			
Schmerzmittel			
Antibiotika			
andere			
Weitere Erkrankungen	Ja	Nein	Medikamente/ Bemerkungen
Blutgerinnungsstörungen			
Asthma			
Lungenerkrankung			
Schilddrüsenerkrankung			
Rheuma			
Epilepsie			
Diabetes/ wenn ja, welcher Typ			
Nierenfunktionsstörungen			
Ohnmachtsneigung			
Grauer Star			
Besteht eine Schwangerschaft?			
andere			
Haben Sie Zahnfleischprobleme?			
Knirschen Sie mit den Zähnen?			

Datum, Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter