

Liebe Patientin, lieber Patient

Wir begrüßen Sie ganz herzlich in unserer Praxis.
Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung
möchten wir Sie bitten, folgende Fragen
nach bestem Wissen zu beantworten.
Alle Angaben unterliegen selbstverständlich
der ärztlichen Schweigepflicht.



Maximilianstr. 33 · 83278 Traunstein
Tel.: 0861 2363 · Fax 0861 16140

info@zahnaerzte-ts.de · www.zahnaerzte-ts.de

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Str.: _____

Handynummer: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse oder Versicherung: _____

Mitversichert bei (Eltern, Ehegatte): _____ Geb. Datum: _____

Beruf und Arbeitgeber: _____

Neupatient, empfohlen durch: _____ Hausarzt: _____

ANAMNESE-FRAGEBOGEN

NEIN JA

- Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, welche Erkrankung? _____
- Sind Sie Allergiker/in oder vertragen Sie bestimmte Arzneimittel / Metalle / Kunststoffe nicht?
Wenn ja, würden wir gerne Ihren Allergiepass kopieren.
- Nehmen Sie Medikamente ein? (Medikamentenliste?)

- Benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe (Antibiotikum wegen Herz)?
- Sind Sie schwanger?
- Leiden oder litten Sie an nachfolgend genannten Krankheiten?**
 Herz-Kreislauf-Erkrankung? Wenn ja, welche? _____
- | | | |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Epilepsie | <input type="radio"/> Herzschrittmacher |
| <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> Tumorerkrankung | <input type="radio"/> Osteoporose |
| <input type="radio"/> Lebererkrankung | <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörung / Blutverdünner | |
- Haben oder hatten Sie Infektionserkrankungen?**
 Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis C
 HIV TBC Andere: _____

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie 24 Std. vorher abzusagen.

Bitte beachten Sie, dass bei versäumten Terminen ohne rechtzeitige Absage ein Ausfallhonorar in Höhe von 70,-€ pro angefangene halbe Std. in Rechnung gestellt wird.

Datum: _____ Unterschrift: _____