



# Zahnarztpraxis Dr. Anton Krakowezki

## Anmeldebogen mit Anamnese!

Datum \_\_\_\_\_

### Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis aufgesucht haben und uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. Um eine gewissenhafte Behandlung durchführen zu können, benötigen wir vorab noch ein paar wichtige aktuelle Gesundheitsinformationen. Denn einige Erkrankungen können Auswirkungen auf Ihre zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie, Ihrem Behandler mögliche Änderungen jeweils vor Behandlungsbeginn mitzuteilen, um mögliche Gefährdungen Ihrer Gesundheit ausschließen zu können. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Optimierung Ihrer Behandlung. Bei Fragen hilft Ihnen unser Praxisteam selbstverständlich gerne weiter.

### Patient:

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
_____	_____	_____
Email	Telefon Festnetz	Telefon Mobil
_____	_____	_____
Beruf	Arbeitgeber	Telefon beruflich

### Versicherte Person:

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
_____	_____	_____
Email	Telefon Festnetz	Telefon Mobil
_____	_____	_____
Beruf	Arbeitgeber	Telefon beruflich

Krankenversicherung \_\_\_\_\_

- Gesetzlich       Privat versichert       Zusatzversicherung  
 Basistarif       Beihilfeberechtigt

### Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Telefonbuch       Gelbe Seiten       Internetpräsenz       Internetsuchmaschine  
 Lage der Praxis       Auf Empfehlung von \_\_\_\_\_

**Achtung:** weitere wichtige Fragen auf der Rückseite!



## Möchten Sie sich für unseren Terminerinnerungs-Service vormerken lassen?

Im Rahmen unseres Prophylaxe-Konzeptes bieten wir Ihnen einen kostenlosen Terminerinnerungs-Service (Recall) für Prophylaxe-Termine und halbjährliche Kontrolluntersuchungen an.

Ja  Nein **Wenn ja, per:**  Brief  Email

Bitte ausfüllen

## Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

	ja	nein		ja	nein
Zu hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zu niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzklappenfehler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt/Angina Pectoris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bypass/Stent/Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lungenerkrankung (Asthma, Atemnot)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes (Zuckererkrankung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis A,B,C)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Immunmangel-Syndrom (AIDS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Augenerkrankung (Glaukom, grüner Star)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Einnahmen von Bisphosphonaten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht eine Schwangerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Welche _____		
Tumorerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Welche _____		
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Welche _____		

Mein Hausarzt (Name, Adresse, Telefon)

### Bitte beachten Sie:

Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionszeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Die Aufklärungen habe ich verstanden und meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Wenn sich mein Gesundheitszustand ändern sollte, teile ich es unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit.

Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis zur Weitergabe meiner zum Einzug meiner Forderungen notwendigen persönlichen Patienten-/Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung an die Zahn-Ärztliche Verrechnungsstelle Deutschlands e. V., Schulgasse 17, 86641 Rain am Lech zum Zwecke der Einziehung der ärztlichen Honorarforderung.

Ich bin mir darüber bewusst, dass ich die Einwilligung freiwillig erteile und ich diese jederzeit widerrufen kann.

Ort | Datum

Unterschrift des Patienten/des Erziehungsberechtigten