



Anamnesebogen

Telefon (PRIVAT)	
Telefon (MOBIL)	
E-Mail	
Beruf	

Zahnarzt	
Kieferorthopäde	
Hausarzt	
Hautarzt	

Leiden Sie an einer dieser Erkrankungen?

	nein / ja	Wenn ja, bitte angeben.
Herz Blutdruck	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Lunge Leber Nieren	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Diabetes Stoffwechsel	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Osteoporose	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Allergien gegen Medikamente/Stoffe	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
HIV-positiv Hepatitis Tuberkulose	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Sonstige Erkrankungen?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Schwangerschaft	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Wenn ja, welche Woche?

Bitte geben Sie hier die Medikamente an, die Sie **regelmäßig** einnehmen:

Hinweis für gesetzlich krankenversicherte Patienten:

Bitte denken Sie bei jedem ersten Besuch im Quartal daran, Ihre elektronische Gesundheitskarte mitzubringen. Liegt uns diese nicht vor, so müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Ihnen eine Rechnung GOZ/GOÄ stellen.

Hinweis für privat krankenversicherte Patienten:

Mir ist bekannt, dass eine Erstattung des zahnärztlichen/ärztlichen Honorars durch meine private Krankenversicherung im Rahmen des Standardtarifs/Basistarifs nur bis zum 2,0 fachen Gebührensatz der GOZ/GOÄ gewährleistet ist und ich die darüber hinausgehenden Kosten meiner zahnärztlichen/ärztlichen Behandlung (bis zum 3,5 fachen Gebührensatz) selbst zu tragen habe.

Ich erkläre mich laut §73 Abs.1b SGBV damit einverstanden, dass meine Daten, Befunde und Röntgenbilder bei Bedarf an meinen Zahnarzt, Kieferorthopäden, Hausarzt, Hautarzt weitergeleitet werden dürfen.

nein / ja

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung von Freunden, Arbeitskollegen o.ä.
- Überweisung durch meinen Zahnarzt | Hausarzt | Hautarzt
- Internet

Datum

Unterschrift (Patient)/ggf. Erziehungsberechtigte/r