

Weinstock
Cosmetic und Reconstructive Dentistry

Oberer Landweg 18, 21033 Hamburg-Bergedorf
Telefon: 040 / 23 84 99 04
E-Mail: praxis@zahnarzt-weinstock.de

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____	Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-
Vorname: _____	mitglied sind, wer ist Versicherter?
Geburtsdatum: _____	Name: _____
Adresse: _____	Vorname: _____
Tel. Privat: _____	Geburtsdatum: _____
E - Mail Adresse _____	Geburtsort: _____
Beruf: _____	Wer soll die Rechnung erhalten?
Arbeitgeber, Ort: _____	Name: _____
Tel. Arbeitsplatz: _____	Adresse: _____
Krankenkasse: _____	Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen
pflichtversichert: ja / nein	Dienstes? ja / nein
Wer hat uns empfohlen? _____	

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass?	ja / nein
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe?	ja / nein
Haben Sie Gerinnungsstörungen?	ja / nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?	ja / nein
Sind Sie HIV positiv?	ja / nein
Haben Sie Hepatitis B?	ja / nein
Haben Sie Hepatitis C?	ja / nein
Haben Sie Diabetes?	ja / nein
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	ja / nein
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?	ja / nein
Leiden Sie unter Migräne?	ja / nein
Haben Sie Asthma?	ja / nein
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche?	Woche: ja / nein

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen?	ja / nein
Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk?	ja / nein
Blutet Ihr Zahnfleisch?	ja / nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	ja / nein
Sind Ihre Zähne gelockert?	ja / nein
Fand eine Röntgenuntersuchung statt?	ja / nein
Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden?	ja / nein
Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig?	ja / nein
Möchten Sie darüber eine Beratung?	ja / nein
Halten Sie eigene Zähne für ein ganzes Leben für erstrebenswert?	ja / nein

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Ich stimme der Speicherung der persönlichen Daten zu.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraums auftretenden Änderungen zu informieren. Ich verpflichte mich, **vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 2 Tage im Voraus abzusagen**, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden, es sei denn, das Nichterscheinen ist unverschuldet.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten