



## Anamnese

### Patientendaten

Name:

Geb. am:

Geburtsort:

Anschrift:

Telefon:

Mobil:

Telefon Büro:

E-Mailadresse:

Beruf:

Zusatzversicherung:      Ja              Nein

### Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Versicherter:

Geb. am:

Anschrift:

### Alternativer Rechnungsempfänger (sofern von PatientenCheck-Zusatzversicherungsdaten abweichend)

Name / Anschrift

### Ihr persönlicher Gesundheitscheck

	Ja	Nein
<b>HIV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Lebererkrankung (Hepatitis)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Herzerkrankung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Herzschrittmacher / künstl. Herzklappen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diabetes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nierenerkrankung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Epilepsie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Schwanger /                      Monat</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allergien</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wenn Ja, welche?</b>		

Sonstige Erkrankungen?

### Medikamente

	Ja	Nein
<b>Nehmen Sie Blutverdünner?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nehmen Sie Bisphosphonate?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?



### Kontrolluntersuchung

Möchten Sie an die Kontrolluntersuchung oder professionelle Zahnreinigung erinnert werden?

	<input type="checkbox"/>
<b>Alle 3 Monate?</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Alle 4 Monate?</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Alle 5 Monate?</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Alle 10 Monate?</b>	<input type="checkbox"/>

Wie dürfen wir Sie erinnern?

per Telefon

per Mail

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Hiermit willige ich ein, dass mein behandelnder Zahnarzt / meine behandelnde Zahnärztin die erhobenen Patientendaten elektronisch verarbeiten darf und vertretungshalber mit dem/den Kollegen bzw. der/den Kollegin/nen aus der hiesigen Praxisgemeinschaft sämtliche erforderlichen medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten in Bezug auf meine Person austauschen darf, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist. Diese Einwilligung umfasst auch die in der Praxisgemeinschaft tätigen Hilfspersonen, wie Fremdlabore. Vorstehende Erklärungen können mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

Termine, die ich nicht wahrnehmen kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da sonst entstandene Kosten trotzdem in Rechnung gestellt werden können.