

Herzlich willkommen in der



Zahnarztpraxis
Bodenseestraße
Dr. Michael Konrad
Dr. Jana Konrad

Um Ihnen den besten Service anzubieten und Sie ganz individuell nach Ihren Bedürfnissen behandeln zu können, bitten wir Sie unseren Anamnesebogen sorgfältig und vollständig auszufüllen. Bitte legen Sie hierbei besonderes Augenmerk auf die Gesundheitsfragen! Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ihr Praxisteam Bodenseestraße Dr. Michael und Dr. Jana Konrad

Name, Vorname

Titel

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon privat

Mobil (Terminreminder per SMS)

Telefon geschäftlich

Email

(Angabe ist lt. EU-Norm seit 01.07.2012

bei Röntgenaufnahmen nötig)

Versicherung / Krankenkasse

Geburtsort

Beruf

Arbeitgeber

Name, Vorname des Hauptversicherten

Geburtsdatum des Hauptversicherten

Bei Familienversicherten

Straße, Hausnummer des Hauptversicherten

PLZ

Ort

Ggf. soll eine Rechnung an mich geschickt werden.

oder bei Mitversicherten an die Adresse des Hauptversicherten gehen.

Ich bin privat versichert. Ich bin beihilfeberechtigt.

Ich habe eine Zahnzusatzversicherung.

Pflegegrad Stufe: _____

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung oder gibt es wichtige medizinische Angaben?

nein

ja

Behandelnder Hausarzt / Facharzt

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Besteht eine Schwangerschaft?

nein ja welcher Monat? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Wurden zuletzt Röntgenaufnahmen im Kopf-, Kiefer-, Zahnbereich angefertigt? ja nein

Wo & von wem? _____

Herz- Kreislauferkrankungen

Hoher Blutdruck / Hypertonie ja nein

Niedriger Blutdruck / Hypotonie ja nein

Herzschwäche / Insuffizienz ja nein

Angina Pectoris / Brustenge ja nein

Zustand nach Herzinfarkt ja nein

Zustand nach Schlaganfall ja nein

Herzrhythmusstörungen ja nein

Herzschrittmacher ja nein

Erkrankung des Herzmuskels ja nein

Herzklappendefekt / -ersatz ja nein

Besitzen Sie einen Herzpass? ja nein

Sonstiges: _____

Bluterkrankungen

Blutgerinnungsstörungen ja nein

Blutarmut / Anämie ja nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende / blutverdünnende Medikamente

ja nein

Welche? _____

Bei welchen Materialien oder Medikamenten besteht bei Ihnen der Verdacht auf Allergien oder Überempfindlichkeit?

Lokalanästhetika ja nein

Schmerzmittel ja nein

Antibiotika ja nein

Asthma Bronchiale ja nein

Heuschnupfen / Hausstaub ja nein

Latex / Pflaster / Jod ja nein

Nahrungsmittel ja nein

Sonstiges: _____

Stoffwechselerkrankungen

Zuckerkrankheit / Diabetes ja nein

Magen- / Darmerkrankungen ja nein

Schilddrüsenüberfunktion ja nein

Nierenfunktionsstörungen ja nein

Sonstiges: _____

Infektionskrankheiten

Gelbsucht / Hepatitis A/B/C ja nein

Welche? _____

HIV / AIDS ja nein

Tuberkulose? ja nein

Sonstige: _____

Vegetative Erkrankungen?

Ohnmachtsanfälle ja nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel oder Psychopharmaka?

ja nein

Sonstiges: _____

Sonstiges

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit ja nein

Grüner Star / Glaukom ja nein

Epilepsie ja nein

Schnarchen Sie ja nein

Osteoporose ja nein

Depressionen ja nein

Tumorleiden / Krebs ja nein

Drogenabhängigkeit ja nein

Alkoholabhängigkeit ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Wann war Ihr letzter Besuch beim Zahnarzt? _____ *Nur bei Neupatienten*

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____
Nur bei Neupatienten

Zusätzliches Serviceangebot

Ich möchte den Terminrecall per Email Postkarte nutzen.

Wichtige Informationen

Alle von Ihnen genannten Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt! Wir verweisen auf die ausliegenden Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten durch uns und unsere externen Abrechnungsbüros.

Ich verpflichte mich außerdem die Praxis umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden gesundheitlichen Änderungen zu informieren.

Mir ist bekannt, dass für mich an die Behandlung angepasste Termine vereinbart und reserviert werden. Dies erspart mir unnötige Wartezeiten. Sollte ich einen Termin nicht wahrnehmen können, so informiere ich die Praxis mindestens 24 Stunden im Voraus, ansonsten behält sich die Praxis vor ein Ausfallhonorar in Höhe von 40 Euro je angefangene 30 Minuten zu stellen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle Angaben zu meinem Gesundheitszustand wahrheitsgemäß ausgefüllt habe, sowie alle Informationen auf den vorangegangenen 3 Seiten gelesen und verstanden zu haben!

Ailingen, den _____

Unterschrift Patient