

ANAMNESEBOGEN

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: _____

E-Mail: _____ Geburtsort: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Versicherung: _____

Hauptversicherter: _____ Geburtsdatum: _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche: _____

Haben Sie Allergien?

Wenn ja, welche: _____

Haben Sie:

Gerinnungsstörungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Migräne	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herz-/Kreislaufkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Diabetes	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Rheuma/Arthrose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Hepatitis B	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Immunschwäche, HIV	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Hepatitis C	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Anfallsleiden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Creutzfeld –Jacob – Krankheit		Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>		
Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung		Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>		
Atemwegserkrankung/Asthma		Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>		
Zahnschmerzen		Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>		
Knirschen/Pressen Sie mit den Zähnen?		Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>		
Rauchen Sie?		Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>		
Für die Damen: sind Sie schwanger?		Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>		

Wann wurden die letzten Röntgenaufnahmen Ihrer Zähne angefertigt: _____

Nehmen Sie Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja welche: _____

Kommen Sie auf Empfehlung? Ja Nein Wenn ja, wer: _____

Möchten Sie in unseren Erinnerungsdienst (Recall) aufgenommen werden? Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten und erbrachten Leistungen, durch einen externen Abrechnungsdienstleister erstellt werden. Insofern entbinde ich Frau Dr. Riedlinger diesbezüglich von der Schweigepflicht.

!!Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse!!!

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

Wir sind eine reine Bestellpraxis, sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte spätestens 24 Std. vorher. Bitte beachten Sie, dass wir für versäumte Termine eine Unkostenpauschale in Rechnung stellen können. Vielen Dank!

Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar.

Stuttgart, den _____ Unterschrift Versicherter _____