

Anamnesebogen

Praxis Dr. Roland Pfersich



Patientin/Patient:

Name/Vorname : _____

Geburtsdatum : _____

Straße : _____

PLZ/Wohnort : _____

Telefon : _____ Mobil: _____

E-Mail : _____

Beruf : _____

Arbeitgeber : _____ Telefon Arbeit : _____

Versicherter (nur ausfüllen, falls anders als unter Patient angegeben):

Name/Vorname : _____

Geburtsdatum : _____

Straße : _____

PLZ/Wohnort : _____

Telefon/E-Mail : _____

Versicherung : _____

- Beihilfeberechtigt
- Zahnzusatzversicherung
- PKV- Standard/-Basistarif

Besteht Vorsorgevollmacht ? ja nein

Name und Adresse des Bevollmächtigten : _____

Krankheits- und Medikamenten-Anamnese

- Herz-/Kreislaufkrankung
- Herzschrittmacher
- Bluthochdruck
- Infektionskrankheiten (Hepatitis/AIDS/Tuberkulose o.ä.) _____
- Blutgerinnungsstörung
- Lungenerkrankung (Asthma)
- Krebserkrankung
- Bisphosphonat-Therapie
- Nierenfunktionsstörung
- Epilepsie
- sonstige Erkrankungen: _____
- Allergien : _____
- Medikamenten-Unverträglichkeit : _____
- Herzinfarkt/Angina Pectoris
- Herzklappenerkrankung/-ersatz
- Diabetes
- Lebererkrankung
- Schilddrüsenerkrankung
- Osteoporose
- Blutverdünnung _____ (Medikament)
- Rheuma
- Magen-/Darmerkrankung

Medikamenteneinnahme : _____

Schwangerschaft Schwangerschaftswoche : _____

Wann/wo war die letzte Röntgenuntersuchung im Zahnbereich ? _____

Existieren von Ihrem früheren Zahnarzt aktuelle Röntgenbilder ? _____

Name, Adresse und Telefonnummer Ihres Hausarztes: _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam ?

Empfehlung (durch: _____) Telefonbuch Internet Praxiswebsite _____

Haben Sie spezielle Wünsche/Fragen/Ziele, die Sie gerne mit uns besprechen würden ?

Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin von uns erinnert werden ?

per E-Mail per Post

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir wünschen Sie in unserer Praxis herzlich Willkommen !

Damit wir Sie jederzeit möglichst risikofrei, optimal und mit möglichst geringen Wartezeiten behandeln können, lesen Sie sich bitte folgende Punkte aufmerksam durch:

1. Bitte beantworten Sie alle oben genannten Punkte sorgfältig und vollständig
2. Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus unverzüglich mit.
3. Beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter dem Einfluss von Medikamenten oder Anästhesien für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.
4. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen unbedingt rechtzeitig, das heißt mind. 24 Stunden vorher ab. Wir müssen Ihnen sonst die für Sie reservierte , aber nicht genutzte Arbeitszeit in Rechnung stellen.
5. Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt, um Wartezeiten so gering wie möglich zu halten. Unvorhergesehene Ereignisse, wie Schmerzfälle können aber zu Verzögerungen führen. Bitte haben Sie dafür Verständnis.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der Datenschutz-Grundverordnung(DSGVO) ein. Die Patienteninformation zur Datenschutz-Grundverordnung(DSGVO) wurde mir ausgehändigt/zur Einsicht überlassen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten



Zahnarztpraxis Dr. Roland Pfersich, Grünauweg 15, 91056 Erlangen
09135-8267, www.dr-pfersich.de, info@dr-pfersich.de