



# Zahnarztpraxis am Nordmarksportfeld

ZA Rothmaler, Wildrosenweg 3, 24119 Kronshagen, 0431- 58 32 74

## Patienten-Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß zu erteilen. Sie werden Ihrer persönlichen Karteikarte angefügt und dienen dazu, Ihre Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht unseres gesamten zahnärztlichen Teams.

Vielen Dank!

Name..... Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Telefon-Nr.:.....

Handy-Nr.:.....

E-Mail: .....

Anschrift:.....

PLZ:..... Wohnort:.....

Beruf/Arbeitgeber .....

Versicherter.....Tel:.....

Anschrift Versicherter.....(Studenten bitte Heimatanschrift hier eintragen)

Private Krankenversicherung: ..... Beihilfe: 0 ja 0 nein

Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns?.....

Überweisender Arzt/Zahnarzt:..... Hausarzt:.....

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung?.....abgeschlossen: 0 ja 0 nein

Weshalb kommen Sie zur Behandlung?.....

Haben Sie z. Zt. Zahnschmerzen? 0 ja 0 nein Blutet Ihr Zahnfleisch? 0 ja 0 nein

Haben Sie Löcher in den Zähnen? 0 ja 0 nein Sind Zähne gelockert? 0 ja 0 nein



Bei Frauen besteht eine Schwangerschaft?    0 ja            0 nein

Nehmen Sie die „Pille“ ein?                    0 ja            0 nein

**Bitte beachten Sie, dass Sie in unserer Praxis feste Behandlungstermine erhalten, die nur für Ihre Behandlung reserviert werden. Wir können Ihnen hierdurch längere Wartezeiten ersparen. Bitte informieren Sie uns bei Verhinderung rechtzeitig, mindestens aber 24 Stunden vorher, damit wir anderen Patienten in dieser Zeit helfen können. Vielen Dank!**

**Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir nach der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abrechnen. Trotzdem kann es möglich sein, dass Beihilfestellen und Privatversicherungen keine vollständige Kostenübernahme gewähren.**

**Ich versichere, jede Veränderung meiner Angaben vor einer weiteren Behandlung mitzuteilen.**

**Ich bin unterrichtet, dass Injektionen (Betäubungsmittel) die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr (Verkehrstüchtigkeit) beeinträchtigen können.**

**Mit der Rechnungsbearbeitung durch die ärztlich geleitete Privatärztliche- Verrechnungsstelle bin ich einverstanden.**

Kronshagen, den .....

Unterschrift.....