



Zahnarztpraxis
Dr. Rolf Linseisen
Wittgasse 5
94032 Passau

Anmeldebogen mit Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in meiner Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Patient

Vorname:

Name:

Geb.datum:

Adresse:

E-Mail privat:

Telefonnummern:

Privat:

Mobil:

Geschäftlich:

Beruf:

Arbeitgeber, Ort:

Hauptversicherter?

Vorname:

Name:

Geb.datum:

Rechnungsempfänger:

Vorname:

Name:

Adresse:

Krankenkasse:

Haben Sie besondere Wünsche?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Empfehlung Homepage/Internet Sonstiges

Bestehen gesundheitl. Risiken?

ja nein

Falls ja, welche?

.....
.....

Leiden Sie an einer Allergie

ja nein

Falls ja, an welcher?

.....
.....

Haben Sie.....

...eine Magen-/Darmerkrankung? ja nein

...eine Herz-/Kreislaufferkrankung? ja nein

...Gerinnungsstörung? ja nein

...einen hohen Blutdruck? ja nein

...einen niedrigen Blutdruck? ja nein

...Diabetes? ja nein

...eine Nierenerkrankung? ja nein

...grünen Star? ja nein

...eine Krebserkrankung? ja nein

Leiden Sie...

...an Osteoporose? ja nein

...an einer Infektionskrankheit? ja nein

Liegt bei Ihnen

...eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja nein

...HIV Hepatitis B Hepatitis C

Nehmen Sie Medikamente?

Falls ja, welche?

.....
.....
.....

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

ja nein

Sind Sie schwanger?

ja nein

Wenn ja, in welcher Woche?

.....

...Bisphophonat? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Was ist der Grund für Ihren Besuch ?

.....
.....

Wer ist Ihr Hausarzt? (Name, Adresse)

.....
.....

Hatten Sie innerhalb die letzten 2 Jahre eine Röntgenuntersuchung?

ja nein

Besitzen Sie einen Implantatpass?

ja nein

Als Serviceleistung können wir Sie *einen Werktag* vorher an Ihren Termin erinnern

Per SMS ja nein

Gerne erinnern wir Sie auch an die wieder anstehende *Kontrolluntersuchung* und/oder *Zahnreinigung*

↓ (gemäß des vereinbarten Zeitabstandes) ↓

per Mail

per Post

nicht erwünscht

Um die Umwelt zu schonen, stellen wir Ihnen folgende Unterlagen per Mail zu:

Rechnungen (soweit gesetzlich möglich; zur digitalen Weiterreichung an d. Krankenkasse) ja nein

Terminzettel ja nein

Röntgenbilder (bei Bedarf) ja nein

Passau,

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Praxis keine Haftung übernimmt, wenn meine Daten an Dritte gelangen, weil ich eine Änderung meiner Personalien nicht bekannt gegeben habe.

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular komplett (2 Seiten) an: formular@linseisen.bayern