



Zahnarztpraxis Manfred Doneith

Dörpfeldstr. 22 12489 Berlin Telefon: 030-67198747 Fax: 030-63910579
Zahnarzt.M.Doneith@gmx.de

Anamnesebogen

Name _____ / Vorname _____

Geb. am: _____ Telefon/privat/mobil _____

Wohnanschrift _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse/Versicherung _____

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert-**nicht im Basistarif**
- Privat versichert-im Basistarif
- Beihilfeberechtigt

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Erziehungsberechtigter

Name/Vorname _____

Herzlich willkommen in unserer Praxis.

Für eine reibungslose und risikofreie Behandlung sind uns einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand wichtig. Kreuzen Sie die zutreffenden Felder an bzw. machen Sie nähere Angaben, wenn nötig. Bei Fragen wenden Sie sich an unsere Mitarbeiter.

Herz-Kreislaufkrankungen

- | | | | |
|-----------------------|----|---|------|
| • Niedriger Blutdruck | Ja | / | Nein |
| • Hoher Blutdruck | Ja | / | Nein |
| • Herzerkrankung | Ja | / | Nein |
| • Herzoperation | Ja | / | Nein |
| • Herzschrittmacher | Ja | / | Nein |

Infektionskrankheiten

- | | | | |
|---------------|----|---|------|
| • HIV | Ja | / | Nein |
| • Hepatitis | Ja | / | Nein |
| • Tuberkulose | Ja | / | Nein |

Weitere Erkrankungen

- | | | | |
|----------------------------|----|---|------|
| • Diabetes | Ja | / | Nein |
| • Blutgerinnungsstörungen | Ja | / | Nein |
| • Asthma | Ja | / | Nein |
| • Schilddrüsenerkrankung | Ja | / | Nein |
| • Rheuma | Ja | / | Nein |
| • Epilepsie | Ja | / | Nein |
| • Nierenfunktionsstörungen | Ja | / | Nein |
| • Osteoporose | Ja | / | Nein |
| • Schwangerschaft | Ja | / | Nein |
| • Ohnmachtsneigung | Ja | / | Nein |
| • Lungenerkrankung | Ja | / | Nein |

Rauchen Sie? *Ja / Nein*

Allergien

Antibiotika/ Schmerzmittel / Lokalanästhetika

Wenn

ja, welche? _____

Sonstige

Erkrankungen? _____

Welche Medikamente nehmen

Sie _____

Ggf. Adresse vom

Hausarzt: _____

Wir würden Sie gern in unserer Recall-Datei aufnehmen, damit wir Sie ggf. an einen Kontrolltermin erinnern können.

Wichtige Informationen

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über Veränderungen meines Gesundheitszustandes zu informieren.

Sollten Sie die reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, dann teilen Sie uns das bitte rechtzeitig, möglichst 2 Tage vorher, mit.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen jederzeit gern zur Verfügung.

Ihr Praxisteam

Datum _____

Unterschrift _____