

## ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### Was dürfen wir für Sie tun? Wünschen Sie eine/n ...

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Routinekontrolle | <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung | <input type="checkbox"/> neuen Zahnersatz  |
| <input type="checkbox"/> Beratung         | <input type="checkbox"/> „Zweite Meinung“  | <input type="checkbox"/> anderes Anliegen: |

### Persönliches

Name/ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/ Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Telefon mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Krankenkasse/ private Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> privat versichert | <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt |
| <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung    | <input type="checkbox"/> Basistarif        |   |

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers.

Name/ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/ Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_

### Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### In eigener Sache

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- |   |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung | <input type="checkbox"/> Im Vorbeigehen   | <input type="checkbox"/> Anzeige |
| <input type="checkbox"/> Internet               | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |                                  |

Möchten Sie von uns per Post an Ihre nächste Vorsorgeuntersuchung/ PZR erinnert werden?  ja  nein