

## Zahnarztbestellpraxis Dr. Finn-Erik Zapf

### Patientenerfassungsbogen / Anamnesebogen

Liebe Patienten, hiermit bitten wir Sie, die folgenden Fragen sorgfältig und gewissenhaft zu beantworten. Bei Unklarheiten steht Ihnen das gesamte Praxisteam gerne zur Verfügung.

#### Patient:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Telefon privat: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Telefon mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_ Beihilfe  ja  nein

#### Versicherter:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Ggf. Anschrift, Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

### Leben Sie mit einer der folgenden Krankheiten?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen                      | <input type="checkbox"/> Diabetes                                    |
| <input type="checkbox"/> Kreislaufbeschwerden                  | <input type="checkbox"/> Leber-/Nierenerkrankungen                   |
| <input type="checkbox"/> Blutkrankheit/erhöhte Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Rheuma/Arthritis                            |
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle                      | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis) |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie                             | <input type="checkbox"/> Allergien (Arzneimittel, usw.)              |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung                |  |

Haben Sie einen Herzschrittmacher/Stent  nein  ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft?  nein  ja, \_\_\_\_\_ Monat

Haben Sie Interesse an prophylaktischen Leistungen?  nein  ja

**Die Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt, dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist. Daher bitten wir Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, 48 Stunden vorher abzusagen. Ansonsten müssen wir Ihnen die ungenutzte Zeit privat in Rechnung stellen. Vielen Dank für Ihr Verständnis!**

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift