

Anmelde-, und Fragebogen zu Ihrer medizinischen Vorgeschichte

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch ein paar allgemeine Angaben über Ihre Gesundheit.

Patient/in:

Name:..... Vorname:..... geb. am:.....

Versicherte/r (falls abweichend):

Name:..... Vorname:..... geb. am:.....

Versicherung:..... E-Mail:.....

Anschrift:.....

Telefon:..... Tagsüber / Handy:.....

Beruf:..... Arbeitgeber:.....

Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung?

O.....Ja

O.....Nein

Im Interesse einer stresslosen Behandlung beantworten Sie bitte die folgenden allgemeinen Fragen über Ihre Gesundheit so gut Sie können.

Leiden sie an:

Herz-, Kreislauferkrankungen?

Zu hohem- oder niedrigem Blutdruck?

Inneren Krankheiten? (z.Bsp. Diabetes, Asthma, Rheuma, Osteoporose etc.)
.....

Arzneimittelunverträglichkeiten oder anderen Allergien?

Sonstiges: (z. B. auch Infektionskrankheiten wie Hepatitis A,B,C, oder HIV)?

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? O Ja O Nein O Ungewiß

Nehmen Sie zur Zeit irgendwelche Medikamente ggf. auch nur einmal pro Monat/Jahr ? O.....Ja O.....Nein

Wenn ja welche?

Wünschen Sie auf jeden Fall bei der Behandlung eine lokale Betäubung?

Haben Sie zur Zeit ein spezielles (Zahn-) Problem?

Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu mir?

Möchten Sie von uns an Ihre regelmäßigen Kontrolluntersuchung erinnert werden? O.....Ja O.....Nein

Bitte legen Sie vor Beginn der Behandlung Ihre elektronische Gesundheitskarte vor, da wir sonst nach §40 GSG sämtliche Behandlungsmaßnahmen **spätestens nach 10 Tagen privat in Rechnung stellen müssen.**

Alle Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Wichtige Änderungen gebe ich unaufgefordert an.

Hamburg, den.....

Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters).....