Dr. Maria Kirsten
ZAHNARZTPRAXIS

Anamnesebogen

_____
Ihr Name | Vorname | geb. am.

_____
Name der/des Versicherten | Vorname | geb. am

_____
Straße und Hausnummer | PLZ/Ort | Krankenkasse

_____
Telefon (privat) | Handynummer | Hausarzt

_____
E-Mail-Adresse

Bitte treffendes ankreuzen

Herz-/Kreislauferkrankung:
Herzschrittmacher: o ja o nein
Herzinfarkt: o ja o nein
Künstliche Herzklappe: o ja o nein
Blutdruck o hoch o normal o niedrig
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?
Wenn ja, welche? _____

Knochenerkrankung:
Osteoporose: o ja o nein
Künstliches Gelenk? o ja o nein

Infektionskrankheiten:
Hepatitis (Gelbsucht): o ja o nein
HIV: o ja o nein
Tuberkulose: o ja o nein

Erkrankungen der inneren Organe:
Diabetes: o ja o nein
wenn ja welcher Typ? _____
Schilddrüsenerkrankung: o ja o nein
wenn ja welche? _____
Lungenerkrankung: o ja o nein
wenn ja welche? _____
Magen-/Darmerkrankung: o ja o nein
wenn ja welche? _____
Tumorerkrankung: o ja o nein
wenn ja welche? _____
mit Bisphosphonat Therapie: o ja o nein
Nierenerkrankung: o ja o nein
Asthma: o ja o nein

Suchterkrankung:
Rauchen Sie: o ja o nein
Alkoholerkrankung: o ja o nein
Drogen: o ja o nein

Allgemeines:
Sonstige Erkrankungen, die nicht aufgezählt wurden: _____

Welche weiteren Medikamente nehmen Sie? _____

Haben Sie Allergien? _____

Sind Sie schwanger: o ja Woche: _____ o nein

Haben Sie einen Pflegegrad: o ja Grad_____ o nein Eingliederungshilfe: o ja o nein

Traten Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? _____

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und werden elektronisch von uns gespeichert.
Wir weisen Sie darauf hin, dass für versäumte Termine eine Ausfallpauschale in Rechnung gestellt werden kann. Bitte geben Sie uns daher bei Verhinderung rechtzeitig, mind. 24 Stunden vorher Bescheid. Vielen Dank.

Bei Interesse bitte ankreuzen:

SMS-Erinnerung:

O Hiermit stimme ich zu, dass mich die **Zahnarztpraxis Dr. Maria Kirsten** per SMS an meinen Termin erinnern darf (einen Tag vorher).

Elektronische Rechnung:

ab sofort bieten wir an, Rechnungen, Zahlungserinnerungen sowie Kostenvoranschläge per Mail im PDF-Format zu erhalten. Diese Dokumente sind grundsätzlich den Papierdokumenten gleichgestellt. Wir versenden diese Dokumente verschlüsselt, um sie vor unbefugter Einsichtnahme zu schützen, weisen Sie jedoch darauf hin, dass die Übermittlung von Daten per E-Mail stehts das Risiko enthält, dass diese Daten von Dritten abgefangen, entschlüsselt und gelesen werden könnten.

O Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der o. g. Angaben und werde Ihnen umgehend Änderungen mitteilen. Bis zum Widerruf dieser Erklärung erhalte ich Rechnungen, Zahlungserinnerungen und Kostenvoranschläge ausschließlich per E-Mail im PDF-Format.

O Ich willige darin ein, dass meine in der Rechnung niedergelegten persönlichen Daten per E-Mail an mich übersendet und somit verarbeitet werden. Die Datenverarbeitung erfolgt ausschließlich zum Zweck Rechnungen, Zahlungserinnerungen und Kostenvoranschläge an mich zu übersenden. Sollten diese Daten von Dritten abgefangen, entschlüsselt und gelesen werden, entbinde ich die Praxis diesbezüglich von der ärztlichen Schweigepflicht.

HINWEIS: Die elektronische Rechnung etc. wird verschlüsselt zu Ihnen geschickt. Das Passwort ist Ihr Geburtsdatum: TTMMJJJJ

Diese Einverständniserklärungen können mündlich oder schriftlich gegenüber der Praxis jederzeit widerrufen werden.

Für Privatpatienten: Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass die Erstattung Ihrer Versicherung möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

_____

Datum Unterschrift

_____

Datum Unterschrift

_____

Datum Unterschrift

_____

Datum Unterschrift

_____

Datum Unterschrift