

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

für eine individuelle, auf Ihre Gesundheit angepasste Behandlung und Beratung benötigen wir einige Angaben zu Ihrer Person sowie Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Bitte füllen sie diesen Bogen vollständig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollte etwas unklar sein, fragen Sie uns.

Sollten sich im Laufe der Zeit Änderungen zu Ihren Angaben ergeben, informieren Sie uns bitte.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

PERSÖNLICHE DATEN

Name / Vorname

Geburtsdatum

Str. / Hausnr.

PLZ / Ort

Tel. privat

Tel. mobil

E-Mail-Adresse

Beruf

Krankenkasse / private Krankenversicherung

Arbeitgeber

gesetzlich versichert privat versichert Basistarif Zusatzversicherung beihilfeberechtigt

WENN SIE NICHT SELBST KRANKENVERSICHERUNGSMITGLIED SIND, WER IST DER VERSICHERTE?

Name / Vorname

Geburtsdatum

Str. / Hausnr.

PLZ / Ort

Tel. privat

WER IST IHR HAUSARZT?

Name

Ort

Tel. Nr.

FÜR UNSERE NEUPATIENTEN - IN EIGENER SACHE

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? Ja Nein

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n...

Routinekontrolle Beratung Schmerzbehandlung Neuen Zahnersatz zweite Meinung

Andere Gründe

Bitte wenden 

