

# die zahnärzte

Dr. Schneider ■ Biesterfeldt & Kollegen

## Anamnesebogen

### Herzlich willkommen bei uns!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Wir sind bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen und bitten Sie, vereinbarte Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Patienten, die als Notfall in die Praxis kommen, müssen in das Bestellsystem eingebunden werden, dadurch kann es gelegentlich zu Zeitverzögerungen kommen. In solch einem Fall möchten wir um Ihr Verständnis bitten!

### Patient

---

Name

Vorname

Geb.-Datum

### Mitglied

---

Name

Vorname

Geb.-Datum

### Anschrift

---

Straße

PLZ, Ort

---

Telefon

Handynummer

---

E-Mail

### Krankenkasse

---

Name der Krankenkasse

### Beruf

---

Tätigkeit

Arbeitgeber

---

Arbeitgeber Telefon

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

---

### Allgemeine Angaben zum Gesundheitszustand:

Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen des Kreislaufes/Herzens?

---

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, Aids)?

---

Innere Krankheiten (Diabetes ...)?

---

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?

---

Überempfindlichkeit / Allergie gegen?

---

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?      Ja       Nein

Letzte Röntgenuntersuchung im Kopfbereich?

---

Ich möchte den Erinnerungsservice Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich 24/48 Stunden vor meinem nächsten Termin in Ihrer Praxis telefonisch/per SMS oder per E-Mail an meinen Behandlungstermin. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

### Für alle Patienten

Unsere Praxis tritt sämtliche Rechnungen an eine Verrechnungsstelle ab. Hierzu benötigen wir Ihr Einverständnis.

*Ich erkläre mich einverstanden, dass die mir seitens der Praxis die Zahnärzte Dr. G. Schneider / J. Biesterfeldt & Kollegen gestellten Rechnungen über die BFS Finance GmbH, Dortmund, abgerechnet und zu diesem Zwecke an diese abgetreten und von dieser eingezogen werden, unter Angabe der dafür erforderlichen Daten.*

---

Ort, Datum

Unterschrift

*Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Diagnostikunterlagen, wie z.B. Modelle und Röntgenaufnahmen oder ähnliches für die Erstellung eines Gutachtens von meinem behandelnden Zahnarzt bei Bedarf an den Gutachter der Krankenkasse zur Einsicht übergeben werden können. Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.*

---

Ort, Datum

Unterschrift