

Anamnesebogen

KAPPEL UND PARTNER

Patient

Name: Vorname: geb.:

Straße: PLZ/Ort:

Tel.Nr.: E-Mail:

Krankenkasse: Beruf:

Die Praxis wurde mir empfohlen von:

Versicherter

Name: Vorname: geb:

Straße: PLZ/Ort:

Arbeitgeber:

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

1. Haben oder hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

- Herzerkrankungen** (Herzinsuffizienz, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschrittmacher, Bluthochdruck)
- Allergische Reaktionen**, Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Spritzen
- Atemwegserkrankungen (z.B. **Asthma bronchiale** oder Bronchitis)
- Diabetes** (Zuckerkrankheit)
- Lebererkrankungen**
- Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörungen**
- Ohnmachts- oder Krampfanfälle, Schlaganfall
- Nierenerkrankungen**
- Infektionskrankheiten** (HIV, Hepatitis, Tuberkulose oder andere)

2. Bestehen zur Zeit **andere Erkrankungen**, welche?

.....

3. Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**, welche?

.....

4. Frauen: Besteht eine **Schwangerschaft**? Ja Nein Ungewiss

Ich habe die Fragen nach bestem Wissen beantwortet.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Wir weisen darauf hin, dass jede Abrechnung über das **Deutsche Zahnärztliche Rechenzentrum GmbH** erfolgt.

Hierzu ist eine separate Einverständniserklärung auszufüllen.

Datum: Unterschrift: