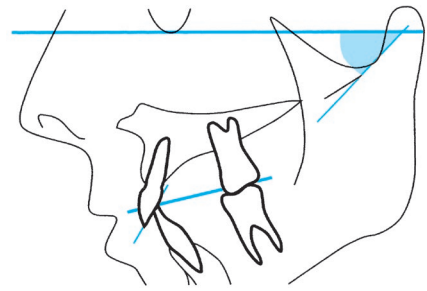


Anamnesebogen

Zahnarztpraxis Dr. Titulaer

Hochstraße 55 · 47647 Kerken-Aldekerk
Telefon: 02833 - 4071 · Telefax: 02833 - 4482
eMail: kontakt@dr-titulaer.de · www.dr-titulaer.de



Patient

Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Mobilnummer

Pflegestufe

Zahlungspflichtiger (in der Regel der Patient selbst, bei Kindern der Erziehungsberechtigte)

Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefon

Name des Kostenträgers (Krankenkasse oder Versicherung)

Ich bin pflichtversichert

Ich bin privat versichert

Ich bin nicht versichert

Ich bin freiwillig versichert

Ich bin Standardtarifversicherter
gemäß § 25 Abs. 2a SGB V

Ich bin zuschussberechtigt
(Sozialamt, Versorgungsamt)

Ich bin beihilfeberechtigt

Ich bin privat zusatzversichert

Beruf des Zahlungspflichtigen

Schüler/Student

Wie bzw. durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Bitte Rückseite beachten

1. Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- a) Asthma (schwere Atemnot) Tuberkulose nein
 Zuckerkrankheit Leberkrankheiten
 Rheuma Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)
 Bluterkrankungen Anfallsleiden (Epilepsie)
 Blutgerinnungsstörungen Schilddrüsenerkrankungen
 HIV-Infektion ggf. seit wann
- b) Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit ja nein
von Medikamenten bzw. Materialien Wenn ja, welche
- c) Herzinfarkt ja nein
Nehmen Sie Marcumar? ja nein
Schlaganfall ja nein
Lähmungen ja nein
ggf. seit wann

2. Wie hoch ist Ihr Blutdruck?

- niedrig normal hoch
ggf. Werte

3. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

- ja nein

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- ja nein
Wenn ja, welche

5. Besteht eine Schwangerschaft?

- ja nein
ggf. welche Woche ungewiss

6. Rauchen Sie?

- ja nein
Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?

7. Sonstige Angaben / andere Krankheiten:

8. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?

- ja nein

9. Haben Sie einen Röntgenpass?

- ja nein
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?

10. Sind Sie an einem Prophylaxeprogramm interessiert?

- ja nein

11. Haben Sie ein Bonusheft?

- ja nein

12. Möchten Sie an Ihren Vorsorgetermin erinnert werden?

- ja, per E-Mail an
 ja, per Brief nein

Eine örtliche Betäubung kann Ihre Fahrtüchtigkeit einschränken. Daher sollten Sie unmittelbar nach einer erfolgten Anästhesie nicht mehr am Straßenverkehr teilnehmen.

.....
Datum/Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten

.....
Unterschrift Arzt / Zahnarzt

(Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben.)