
Nachname und Vorname Patient

Geschlecht weiblich / männlich

Versicherter (wenn mitversichert)

Geburtstag

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefon privat

Email

Krankenkasse

Versicherungsnummer

Beruf und Arbeitgeber

Telefon tagsüber (Arbeitsplatz)

Hausarzt (Name und Ort)

Allgemeine Angaben:

Alkoholgenuss nein ja wenn ja, selten oft regelmäßig

Raucher nein ja wenn ja, wie viel täglich? ____

Drogenkonsum nein ja

Schwangerschaft nein ja wenn ja: Geburtstermin _____

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? nein ja

Leiden Sie unter Rückenschmerzen? nein ja

Leiden Sie unter Nackenschmerzen? nein ja

Sind Sie blutverdünnt? nein ja

Leben Sie vegan/vegetarisch? nein ja

Leiden Sie unter Allergien oder Unverträglichkeiten?
(z.B. Medikamente, Latex, Antibiotika)

nein ja
wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

nein ja
wenn ja, welche?

Bitte wenden!

Bitte kreuzen Sie jene Erkrankungen an, unter welchen Sie derzeit leiden oder schon litten.

| | | | |
|--------------------------------|---|--|---|
| Arthrose (Gelenkserkrankungen) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Hypertonie (Bluthochdruck) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Epilepsie (Krampfleiden) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | offene Tuberkulose (TBC) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Glaukom (grüner Star) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Osteoporose | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| HIV+ (AIDS) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Infektionskrankheit (z.B. HepatitisA/B/C) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

sonstige Erkrankungen:

Besondere Patientenwünsche:

| | | |
|--|---|--|
| Behandlung mit Lachgas (nur Erwachsene) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| Behandlung immer mit lokaler Betäubung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| Beratung über Bleaching/Zahnaufhellung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| Professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | wenn ja, mit Erinnerungssystem? <input type="checkbox"/> |
| Erinnerungssystem an jährliche Vorsorge (Recall) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | wenn ja, E-Mail: _____ |

Aufklärung über Ausfallhonorar

Sollten Sie Ihren vereinbarten Termin nicht wahrnehmen, ohne mich darüber rechtzeitig, d.h. mindestens 48h vorher, zu informieren, können dadurch erhebliche finanzielle Einbußen durch Ausfallzeiten meines Praxisteam entstehen. Dies gilt insbesondere dann, wenn in der für Sie vorgesehenen Behandlungszeit keine anderen Patienten behandelt werden können.

Für diesen Fall wird Ihnen daher ein Ausfallhonorar in Höhe von 100€ in Rechnung gestellt, es sei denn, Ihr Fernbleiben war unverschuldet. In diesem Fall haben Sie dem Praxisteam die Gründe unverzüglich mitzuteilen und ggf. nachzuweisen (z.B. Krankmeldung).

Das Ausfallhonorar fällt höher aus wenn es sich bei dem Termin um eine Implantation oder einen ähnlich langen Termin handelt (über 2h).

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben auf dem Anamnesebogen und bin mit der oben genannten Regelung bezüglich der Ausfallzeit bei Terminversäumnis einverstanden.
Ich werde Sie umgehend über auftretende Änderungen informieren.

Widerspruchsbelehrung

Der Speicherung Ihrer persönlichen Daten können Sie widersprechen und deren Löschung fordern. Ausgenommen von der Löschung sind solche Daten, bei denen eine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht. Ein Widerspruch muss in schriftlicher Form oder per E-Mail erfolgen.

Ich bin mit der Verarbeitung meiner Daten durch Dr. Nadine Thoss einverstanden.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass keine Abrechnung über die Krankenkassen stattfindet.

Dieser Fragebogen wird jährlich aktualisiert.

Datum

Unterschrift Patient