

---

**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**