

Nehmen Sie Salben, Spritzen, Tabletten, Sprays oder homöopathische Präparate ein? Wenn ja welche?: _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

1. _____ wofür _____
2. _____ wofür _____
3. _____ wofür _____
4. _____ wofür _____

Zahn-Mund-Situation

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Haben Sie: ja nein

Zahnfleischbluten, Geräusche
oder Schmerzen im Kiefergelenk

Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form
Ihrer Zähne zufrieden?

Haben Sie Interesse an einer Vorsorge
gegen Karies/Parodontitis? (Prophylaxe)

Möchten Sie von uns unverbindlich an
Ihre halbjährlichen Kontrolluntersuchungen
erinnert werden? (Recall)

Wurden Sie die letzten 6 Monate bei einem
Zahnarzt geröntgt?
bei Zahnarzt: _____

Besteht eine Schwangerschaft?
Nein Ungewiss Ja, _____Woche

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Meine besonderen Wünsche beim Zahnarzt:

Ich bin darüber informiert, dass bei örtlichen Betäubungen allergische Reaktionen, Spritzenhämatome (Blutergüsse, Schwellungen) und vorübergehende Taubheit auftreten können.

Die Hinweise zur Datenverarbeitung in unserer Praxis habe ich gelesen und bin mit der Weitergabe meiner Röntgenbilder an Kollegen und Weiterbehandler einverstanden.

*Lieber Patient,
wir vergeben unsere Termine so, dass i. d. Regel keine oder nur geringe Wartezeiten entstehen. So haben*

*wir die erforderliche Zeit, um Sie in Ruhe behandeln und untersuchen zu können. Sowohl keine als auch eine nur kurzfristige Terminabsage führen nach der geltenden Rechtslage zu einem Vergütungsanspruch, den wir geltend machen können. Es handelt sich um den Betrag, der unter Berücksichtigung von ersparten Aufwendungen – für die geplante Therapie berechnet worden wäre. (Laut BLZK z. 180 und 240 Euro)
Wir bitten Sie um Ihr Verständnis für dieses Vorgehen, da auch dann Praxiskosten entstehen, wenn keine Patienten behandelt werden.*

Bad Wörishofen, den _____ Unterschrift: _____

(erst ab dem 2. Besuch ausfüllen):

Ich habe meinen Anamnesebogen ausführlich kontrolliert und Veränderungen der Praxis mitgeteilt.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____