

ANAMNESEBOGEN

dr. kappek

praxis am campus

ZAHNMEDIZIN | DENTALTECHNIK | PHYSIOTHERAPIE

Quettinger Str. 230 | 51381 Leverkusen | T 02171 1588 | info@zahnarzt-in-leverkusen.de | @zahnartzkappek

Name		Arbeitgeber
Vorname	Geburtsdatum	Ort/Telefon
Telefon privat		Beruf
E-Mail		Krankenkasse

Falls Sie nicht selbst krankenversichert sind, wer ist der Versicherte?

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Falls eine Zuzahlung anfällt, wer soll die Rechnung erhalten?

Name	Vorname
Adresse	

Wie sind Sie versichert?	Pflichtversichert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Zusatzversicherung für Zahnbehandlungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Beihilfeberechtigt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wer hat uns empfohlen? _____

Sie wünschen eine Beratung über: nur Kassenleistung alle Behandlungsmöglichkeiten

Bestehen gesundheitliche Risiken? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein? _____

Auf was reagieren Sie allergisch? _____

Falls eine örtliche Betäubung nötig ist, **bitte Hinweise unten lesen** und bestätigen: ja nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung oder eine Gerinnungsstörung? ja nein

Sind Sie HIV-positiv? ja nein

Sind Sie an Hepatitis B oder C erkrankt? ja nein

Liegt eine der folgenden Erkrankungen bei Ihnen vor? Bitte ankreuzen!

Schilddrüsenerkrankung Diabetes Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung

Prostataerkrankung Migräne Grüner Star

Asthma

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche?

Warum begeben Sie sich in Behandlung? _____

Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein

Blutet Ihr Zahnfleisch? ja nein

Hören Sie Knackgeräusche oder haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk? ja nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja nein

Sind Ihre Zähne gelockert? ja nein

Fand bereits eine Röntgenuntersuchung statt? ja nein

Haben Sie wurzelbehandelte Zähne? ja nein

Möchten Sie über Implantate beraten werden? ja nein

Wünschen Sie eine kostenfreie, schriftliche Benachrichtigung für Ihren nächsten Kontrolltermin? ja

WICHTIGER HINWEIS für Sie als Patient: Ich möchte Sie darüber in Kenntnis setzen, dass es bei Behandlungen mit örtlicher Betäubung in seltenen Fällen zu Nervenschädigungen mit Taubheitsgefühl kommen kann.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach besten Wissen und Gewissen gemacht und die Information zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort/Datum

Unterschrift Patient