Praxis für Zahnheilkunde
Dr. med. dent. Natalia Olschanski Zahnärztin

Liebe Patienten, ein Zahnarztbesuch ist Vertrauenssache. Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Um Ihre Behandlung optimal auf Sie abstimmen zu können, bitten wir Sie, diesen Anamnesebogens vollständig auszufüllen. Falls Sie gesundheitliche Probleme haben, kreuzen Sie bitte die entsprechenden Beschwerden an. Das hilft uns, eventuelle Risiken bei der Behandlung zu vermeiden.

Patient:

Name: .....

Vorname/Titel: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Geb.-Datum: .....

Telefon: .....

Mobil: .....

E-Mail: .....

Versicherter: (Eltern, Ehegatte)

Name: .....

Vorname: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Geb.-Datum: .....

Hausarzt: .....

○ Hiermit gebe ich mein Einverständnis zur Weiterleitung meiner Röntgenbilder per E-Mail an weiterbehandelnde Ärzte

Versicherungsverhältnis: ○ gesetzlich versichert ○ privat versichert ○ PKV Basis versichert
○ Private Zusatzversicherung vorhanden ○ Pflegestufe, Behindertenausweis

Service für Sie, Termin-Erinnerung (Recall)
○ Ja, ich möchte an Kontrolltermine erinnert werden ○ Nein, ich möchte **nicht** erinnert werden

Angaben zum Gesundheitszustand

Erkrankungen:

○ Herz-Kreislauferkrankungen? Welche? .....
○ Herzklappenersatz/Herzschrittmacher? .....
○ Herzinfarkt/Endokarditis? .....
○ Schlaganfall? .....
○ Störungen der Blutgerinnung? .....
○ Infektionskrankheiten? HIV, Hepatitis .....
○ Diabetes .....
○ Tumorerkrankungen .....
○ Asthma/Lungenerkrankungen .....
○ Nervenerkrankungen .....
○ Magen-Darm-Erkrankungen .....
○ Epilepsie .....
○ CJK Creutzfeld-Jakob Krankheit .....

Medikamente:
Nehmen Sie Medikamente ein? ○ ja ○ nein
Wenn Ja, welche? .....

Allgemeines:
Haben Sie Allergien? ○ Ja ○ Nein Wenn ja, welche? .....
Rauchen Sie? ○ Ja ○ Nein
Besteht eine Schwangerschaft? ○ Ja ○ Nein

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Mit der Erfassung und Bearbeitung meiner Daten gemäß § 4a Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden.
Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Sindelfingen, den ..... Unterschrift .....