

**Zahnarztpraxis Weißer Hirsch
Dr. med. dent. Teodor Meyerhoff**

*** Bautzner Landstrasse 17 * 01324 Dresden***

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Anamnesebogen

Name des Patienten:

geb. am:

Anschrift:

Telefon bzw. Handynummer

Krankenkasse:

Zusatzversicherung:

E-Mail Adresse:

**Beruf/ Arbeitgeber
freiwillige Angabe:**

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

JA

NEIN

Herzerkrankung:

Herzschrittmacher:

Hoher Blutdruck:

Niedriger Blutdruck:

künstliches Knie- bzw. Hüftgelenk:

Blutverdünner / Gerinnungshemmer:

Blutungsneigung / Bluterkrankung:

Rheuma:

Diabetes:

Schilddrüsenerkrankung:

Lebererkrankung / Hepatitis:

bitte wenden

JA NEIN

Magen- / Darmerkrankung: _____

Rauchen Sie: _____

Lungenerkrankung: _____

Nasen- / Nebenhöhlenerkrankung: _____

Epilepsie: _____

HIV Erkrankung: _____

Allergien:

Wenn ja, welche ? _____

Einnahme von Bisphosphonaten? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein ? _____

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? _____

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger ? _____

Die vereinbarten Termine werden ausdrücklich für Sie freigehalten. Sie werden daher gebeten, die Termine unbedingt 48 Std. vorher abzusagen. Bei Nichterscheinen wird eine Ausfallgebühr geltend gemacht! Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die im Wartezimmer ausliegenden Datenschutzbestimmungen.

Wir benötigen Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum: _____

Unterschrift bzw. gesetzlicher Vertreter _____