

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen vollständig und leserlich aus und bringen Sie ihn zu Ihrem Termin mit.

Persönliche Daten

Name

Geburtsdatum

Straße und Nr

Postleitzahl

Wohnort

E-Mail

Telefon

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Empfehlung

Internet

Andere

Ich interessiere mich für:

Implantate

Ästhetische Zahnheilkunde

Prophylaxe/Zahnreinigung

Angstpatientenbetreuung

Andere

Krankengeschichte

Akute Beschwerden

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Medizinische Behandlungen in den letzten 12 Monaten

Ja

Nein

Wenn ja, weshalb?

Regelmäßige Medikamenteneinnahme?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Blutverdünnende Medikamente (ASS, Marcumar, Eliquis, Xarelto)?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Allergien oder Unverträglichkeiten?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Lokalanästhetika

Antibiotika

Andere

Rauchen Sie?

Ja

Nein

Wenn ja, wieviele Zigaretten pro Tag?

Erkrankungen

Herz-Kreislaufkrankung	Ja	Nein	Bluterkrankung	Ja	Nein
Herzschrittmacher	Ja	Nein	HIV-Infektion	Ja	Nein
Herzklappenersatz	Ja	Nein	Hepatitis	Ja	Nein
Endokarditis	Ja	Nein	Osteoporose	Ja	Nein
Blutgerinnungsstörung	Ja	Nein	Grüner Star	Ja	Nein
Gelenkersatz	Ja	Nein	Krebserkrankung	Ja	Nein
Diabetes	Ja	Nein	Bisphosphonate	Ja	Nein
Asthma	Ja	Nein	Schwangerschaft	Ja	Nein
Rheuma	Ja	Nein	Falls ja, wievielte Schwangerschaftswoche		

Weitere Hinweise

Komplikationen bei früheren Zahnbehandlungen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Zufriedenheit mit Lächeln und Zahnfarbe

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Lächeln? Sehr unzufrieden _____ Sehr zufrieden

Wie zufrieden sind Sie mit der Farbe Ihrer Zähne? Sehr unzufrieden _____ Sehr zufrieden

Versicherung

Gesetzlich versichert bei

Privat versichert bei

Zahnezusatzversicherung vorhanden? Ja Nein

Wenn ja, bei:

Termine

Bitte denken Sie daran, Ihre Termine rechtzeitig (24 Stunden) vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht wahrnehmen können. Ansonsten können wir ein Ausfallhonorar von 50–100 € berechnen.*

Einwilligungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben und willige ein, dass meine Gesundheitsdaten zum Zweck der Behandlung erhoben und verarbeitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift

*Ausfallhonorar

Vereinbarung zum Ausfallhonorar bei Nicht-Erscheinen oder kurzfristiger Absage eines geplanten Behandlungstermins

zwischen **Dr. Liesa Eisenhardt, Johannes J. Eisenhardt**
Zahnärztin / Zahnarzt

und **Patient/in dieser Anmeldung**

Sie kommen zur Zahnarztbehandlung in eine Praxis, die nach **Bestellsystem** geführt wird. Dies bedeutet, dass die **vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert** ist und Ihnen hierdurch in der Regel die andernorts vielfach üblichen Wartezeiten erspart bleiben. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie die vereinbarten Termine nicht einhalten können, diese **spätestens 24 Stunden vorher** absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können.

Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten.

So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß **§ 615 BGB in Rechnung** gestellt werden, es sei denn, an dem **Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden**. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt oder eingehalten wird.

Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Praxisteam!