

Anamnesebogen

Patient:

Name _____ Vorname _____ Geb. Dat. _____

Mitglied/Versicherter

Name _____ Vorname _____ Geb. Dat. _____

Anschrift

Strasse Nr. _____ Telefon _____

PLZ _____ Ort _____

E-Mail-Adresse _____

Krankenkasse _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Allgemeiner Zustand

- Allergien
- Asthma
- Herzerkrankung
- Nierenerkrankung
- Hoher/niedriger Blutdruck
- Blutgerinnungsstörungen
- Infektionen: Hepatitis/TBC/HIV
- Epileptiforme Anfälle
- Sonstige Erkrankungen
- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Haben Sie Osteoporose
- Sind Sie Schwanger

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?

Rauchen Sie? _____

Wenn ja, wie viele? _____

Möchten Sie an Vorsorgetermine erinnert werden?

Zahn-Mund-Zustand

- Schmerzen
- gelockerte Zähne
- Zahnfleischbluten
- Haben Sie das Gefühl an Mundgeruch zu leiden?
- Wenn ja, wünschen Sie diesbzgl. eine Beratung/Behandlung?
- Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Gähnen, Kauen)
- Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kieferbereich angefertigt? Wenn ja, wo?

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher oder zahnärztlicher Behandlung

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Sonstiges: _____

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie/Er Ihnen unsere Praxis empfohlen hat? _____

Wurden Sie von Ihrem Zahnarzt in unsere Praxis überwiesen? _____

Datum _____ Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzl. Vertreter) _____

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Patienteninformationen zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) wurden mir ausgehändigt.

Datum _____ Unterschrift _____

Zahnarzt Lohmar, Dr. Bucur und Kollegen ist eine reine Bestellpraxis und als solche darauf angewiesen, Behandlungstermine langfristig zu planen. Behandlungszeitfenster werden exklusiv, verbindlich und nach persönlicher Vereinbarung mit den Patienten vergeben. Bei unentschuldigtem Nichterscheinen und bei kurzfristigen Terminabsagen, ist es der Praxis regelmäßig nicht mehr möglich, das plötzlich frei gewordene Zeitfenster anderweitig zu vergeben.

Praxis und Patient sind sich darüber einig, dass der Patient bei unterlassener oder nicht rechtzeitiger Absage des Termins einen pauschalen Schadensersatz in Höhe von 192,92 EUR (Zahnärztlich) respektive 92,97 EUR (ZM-Prophylaxe) schuldet. Dies entspricht 70% der Praxiskosten für einen durchschnittlichen zahnärztlichen, bzw. prophylaktischen Termin.

Rechtzeitig erfolgt eine Absage, wenn der Termin mindestens 24 Stunden (Absage Montag bis Donnerstag), respektive 36 Stunden (Absage Freitag bis Sonntag) vor dem Termin abgesagt wird.

Die Verpflichtung zur Zahlung des Ausfallhonorars entfällt bei unverschuldeter Verhinderung des Patienten. Dies ist vom Patienten zu beweisen. Bei Krankheit ist die Vorlage eines ärztlichen Attestes ausreichend.

Dem Patienten ist es unbenommen, im Einzelfall einen niedrigeren Schaden nachzuweisen.

Lohmar, den _____

Unterschrift des Patienten