HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

DRES BOGLER ZAHNMEDIZIN

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten" sind in der Praxis einsehbar.

PATIENTIN/PATIENT

Name | Vorname | Geburtsdatum | Geburtsort

NAME DES/DER HAUPTVERSICHERTEN

Name | Vorname | Geburtsdatum | Geburtsort

ANSCHRIFT

Straße | PLZ, Ort

Telefon privat | Telefon geschäftlich | E-Mail

KRANKENKASSE ODER VERSICHERUNG

☐ gesetzlich versichert ☐ Zusatzversicherung
☐ privat versichert ☐ beihilfeberechtigt

WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

☐ persönliche Empfehlung ☐ Homepage ☐ Werbung
☐ Jameda ☐ Google ☐ Sonstiges

Wir sind bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Falls es jedoch aus medizinischen Gründen zu Zeitverzögerungen kommen sollte, bitten wir Sie um Verständnis. Reservierte Termine werden ausschließlich für Sie freigehalten. Bei Verhinderung bitten wir Sie, den Termin so früh wie möglich abzusagen, damit wir ihn anderweitig vergeben können.

Bei Absagen weniger als 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin sowie bei Nichterscheinen (No-Show) kann ein Ausfallhonorar erhoben werden. Bei plötzlicher, unvorhersehbarer Erkrankung oder anderen schwerwiegenden, unverschuldeten Gründen prüfen wir dies selbstverständlich im Einzelfall. Sprechen Sie uns einfach an. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, diese Regelung zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum | Unterschrift

Dr. Jan Bogler
Zahnarzt
Freiburger Str. 4
79312 Emmendingen

T 07641 87 82
F 07641 570 451
M info@zahnaerzte-bogler.de
W www.zahnaerzte-bogler.de

Bitte die Rückseite nicht vergessen ❯❯

ANAMNESEBOGEN

ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

HAUSARZT/FACHARZT

Name, Adresse, Telefon

MEDIKAMENTE

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

ALLERGIEN

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

Besitzen Sie einen Allergiepass? ☐ ja ☐ nein

HERZERKRANKUNGEN

Herzschwäche (Insuffizienz)? ☐ ja ☐ nein

Unregelmässiger Herzschlag (Arrhythmien)? ☐ ja ☐ nein

Herzasthma, Angina pectoris? ☐ ja ☐ nein

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? ☐ ja ☐ nein

Sonstiges?

VEGETATIVE ERKRANKUNGEN

Ohnmachtsanfälle? ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel ☐ ja ☐ nein

Sonstiges?

ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

Epileptiforme Anfälle? ☐ ja ☐ nein

Krämpfe? ☐ ja ☐ nein

Sonstiges?

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Zuckerkrankheit (Diabetes)? ☐ ja ☐ nein

Magen-Darmerkrankungen? ☐ ja ☐ nein

Schilddrüsenerkrankungen? ☐ ja ☐ nein

Sonstiges?

BLUTERKRANKUNGEN

Blutungsneigung (Hämophilie), Blutverdünnung (Macumar)? ☐ ja ☐ nein

Blutarmut (Anämie)? ☐ ja ☐ nein

Sonstiges?

INFEKTIONSKRANKHEITEN

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)? ☐ ja ☐ nein

Tuberkulose? ☐ ja ☐ nein

Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? ☐ ja ☐ nein

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/(vCJK) ☐ ja ☐ nein

Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

Sonstiges?

WEITERE ANGABEN

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? ☐ ja ☐ nein

Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein

RÖNTGEN

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wo?

Unsere modernen digitalen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

SCHWANGERSCHAFT

Sind Sie schwanger ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, in welchem Monat?

Ich bestätige die Richtigkeit der Gesundheitsfragen und erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift