

ZAHNMEDIZIN PADERBORN

DR. HEIDE GRIMM-WIEGAND & KOLLEGEN

(EHEMALS DR. FREITAG)

Internet:

www.zahnmedizin-paderborn.de

Florianstr. 6, 33102 Paderborn

Telefon: 05251 398890

E-Mail:

info@zahnmedizin-paderborn.de

Anamnesebogen

Patient:

Vorname: _____ Name: _____ Geb.-Dat/-Ort: _____

Versicherter:

Vorname: _____ Name: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Haus-Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

Tel.: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ Hausarzt: _____ ggf. Pflegestufe: _____

Erkrankungen/Besonderheiten (ggf. ankreuzen)

1. ____ Herz-/Kreislaufkrankungen (Herzschrittmacher, Bluthochdruck) _____
2. ____ Diabetes (Tabletten oder Spritzen)
3. ____ Blutübertragung, wenn ja, wann: _____
4. ____ Blutverdünnung (Marcumar, ASS o. a.)
5. ____ Dialysepatient, Nierenerkrankung
6. ____ Infektiöse Krankheiten (HIV, Gelbsucht etc.) wenn ja, welche/wann: _____
7. ____ Nehmen sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche: _____
8. ____ Arzneimittelüberempfindlichkeit / Allergien? _____
9. ____ Schwangerschaft (____) Monat
10. ____ Wünschen Sie eine schriftliche Erinnerung für die Kontrolle und professionelle Zahnreinigung?
 Nein Ja, per SMS Ja, per Brief (Serviceleistung)
11. ____ Wünschen Sie eine Terminerinnerung per SMS?
 Nein Ja

Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Gibt es sonst noch etwas was wir wissen müssen? (freiwillig)

Um den hohen Verwaltungsaufwand reduzieren zu können, haben wir die Abrechnung unserer Leistungen an die PVS Dental (privat-zahnärztliche Verrechnungsstelle) übertragen. Sie werden gebeten durch Ihre Unterschrift Ihr Einverständnis zu erteilen, dass die Daten an die PVS Dental übermittelt werden und die Rechnungsforderungen an die PVS abgetreten werden können. Durch ehrliche Beantwortung der o. g. Fragen habe ich alles getan um eventuelle Schäden von mir und anderen abzuwenden.

Datum

Unterschrift