

Dr. Holger Janssen

Zahnarzt im Haus Hardenberg

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Adresse:
.....
Telefon (tagsüber & Mobil):
E-Mail:
Krankenversicherung:

Name, Adresse u. Geb.-datum
des Krankenversicherungsmitgliedes:
.....
Wer soll die Rechnung erhalten?
Beruf:

Alle Ihre Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie dienen lediglich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Dieser Bogen wird Ihrer Patientenkartei hinzugefügt.

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass zu keinem Zeitpunkt Behandlungsunterlagen oder Daten von Ihnen ohne Ihr Einverständnis an dritte weitergegeben werden.

BITTE

ANKREUZEN! Allgemeinmedizinische Anamnese

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Waren Sie während der letzten Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung?
Hausarzt: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente ein? Welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben Sie in den letzten 3 Jahren eines der folgenden Medikamente genommen?
Wenn ja, welche: Prolia oder X-Geva (Denosumab), Bevacizumab, Sinitinib,
Herceptin (Trastuzumab), Zaltrap (Aflibercept), Avastin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Bluten Sie lange nach einer Verletzung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie unter | | |
| 4. Asthma, Heuschnupfen oder Allergien? Welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Herzerkrankungen, Kreislaufstörungen (z. B. Hyper-, Hypotonie)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Rheumatische Erkrankungen, Gelenkerkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Lebererkrankungen (Gelbsucht)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Diabetes (Zuckerkrankheit) oder Nierenerkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Infektiösen Erkrankungen? Welche? (z.B. HIV, Hepatitis...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Sonstigen Erkrankungen? Welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?/Tag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Welche Woche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Haben Sie Beschwerden an den Zähnen oder Zahnfleisch? Wo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Empfinden Sie das Aussehen Ihrer Zähne als Problem? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Haben Sie Schmerzen oder ein Spannungsgefühl im Kiefergelenk / Gesichtsbereich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Benutzen Sie außer Zahnbürste und Zahnpasta noch andere Mundhygienemittel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welche? | | |
| 6. Waren Sie im vergangenen Jahr in zahnärztlicher Behandlung?
Hauszahnarzt: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis? | | |
| o Ich möchte gerne beraten werden über: | | |
| o Ich komme mit Überweisung von: | | |
| 8. Wer hat uns empfohlen? | | |

Bitte wenden!

Ihre Termine bei uns sind exklusiv für Sie reserviert. Als Serviceleistung unserer Praxis erinnern wir sie gerne per SMS im Voraus.

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir sie, uns mindestens 24 Stunden vorher zu informieren, dies ist kostenfrei. Bei einer späteren Absage stellen wir Ihnen die Kosten für die eingeplante Zeit in Rechnung.

Der Umfang etwaiger Erstattungsansprüche gegenüber Krankenversicherung oder Beihilfe hat keinen Einfluss auf die Höhe des berechneten Entgeltes.

Den vorangegangenen Aufklärungsbogen zur Abrechnung habe ich gelesen und dessen Inhalt zustimmend zur Kenntnis genommen.

Berlin, den.....

Unterschrift.....