



## Liebe Patientin, lieber Patient!

Um weiterhin kompetent und zuverlässig für Sie da zu sein, muss der Anamnesebogen regelmäßig aktualisiert werden. Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau, denn bei Ihrer Gesundheit können sich Änderungen ergeben haben. Alle Informationen und Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden streng vertraulich behandelt und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

### Persönliches

Name / Vorname ..... PLZ / Ort .....

Straße / Nr. .... Tel. privat .....

Geburtstag / -ort ..... Tel. mobil .....

E-Mail .....

**Sind in den letzten 24 Monaten Erkrankungen durch andere Ärzte festgestellt worden?**  ja  nein

Wenn ja, welche? .....

**Nehmen Sie Medikamente?** (ggf. Medikamentenliste einreichen)  ja  nein Wenn ja, welche?

blutverdünnende Medikamente (Marcumar®, ASS, Heparin)  Cortison (Kortikoide)  Schmerzmittel

andere: .....

### Hinweise zur Organisation

Ihr Termin wird extra für Sie freigehalten. Aus organisatorischen Gründen ist es daher notwendig, dass Sie für den Fall einer Verhinderung rechtzeitig – d. h. spätestens 2 Tage vor dem Termin – absagen, damit wir noch die Möglichkeit haben, „Ersatzpatienten“ einzubestellen. Sollten Sie dennoch nicht rechtzeitig absagen, müssen wir Ihnen leider die Kosten für die im Termin vereinbarte Behandlung in Rechnung stellen. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

### Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

### Hinweis zur privaten Krankenversicherung

Ich bin darüber informiert, dass es im Einzelfall zu Kürzungen der bei der Krankenversicherung und/oder Beihilfestelle eingereichten Rechnung – Abrechnungsgrundlage sind die geltenden GOÄ/GOZ-Fassungen – kommen kann. Den Betrag, den meine Krankenversicherung und/oder Beihilfestelle in einem solchen Fall kürzt, trage ich selbst.

.....  
**Datum, Ort**

.....  
**Unterschrift**