



ZAUBERZÄHNE HAMBURG

Zahnheilkunde für Kinder & Jugendliche

Osterstraße 116 • 20259 Hamburg
Tel: 040 - 41 30 42 3 • Fax: 040 - 41 30 42 49
www.zauberzaehne.de
info@zauberzaehne.de

Karolina Sundström / Dr. Charlotte Bültmann / Katrin Holst

Anamnesebogen **(ab 18 Jahre)**

Patient:

Name: _____ Vorname: _____

Geb. Dat.: _____

Geburtsort: _____ Beruf: _____

Straße / Hausnummer: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon: Handy: _____ E-Mail: _____

Hauptversicherter: Name: _____ Vorname: _____ Geb. Dat.: _____

Wie sind Sie versichert? gesetzlich privat freiwillig / Selbstzahler

Krankenkasse: _____

Beruf: _____

Hausarzt: _____

Name: _____ Adr.: _____

Der Grund Ihres heutigen Besuches?

Wer hat Sie empfohlen?

Waren Sie schon mal in unserer Praxis?

Nein / Ja

Bitte wenden ->

Vorgeschichte

Haben Sie Allergien? Nein / Ja

besteht eine Schwangerschaft? Nein / Ja

Welche? _____

Haben Sie eine der nachfolgenden Krankheiten:

Asthma Blutgerinnungsstörung Herzerkrankung Polypen Diabetes Hepatitis

Lungenerkrankung / Tuberkulose Nierenerkrankung Epilepsie Hörstörungen

Tumore Aids Sonstige Krankheiten _____

Nehmen Sie Medikamente ein?

Nein / Ja

Wenn Ja, welche?

Reagieren Sie auf bestimmte Stoffe oder Medikamente allergisch?

Nein / Ja

Wenn Ja, auf welche?

Sind Sie z.Z. in ärztlicher Behandlung?

Nein / Ja

Warum? _____

Waren oder sind Sie in einer kieferorthopädischen Behandlung?

Nein / Ja

Behandler: _____

Möchten Sie an unserem Recall Programm teilnehmen?

Nein / Ja

Möchten Sie an Ihre Termine erinnert werden per SMS?

Nein / Ja

**Wenn Sie Ihre Termine nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte
24 Stunden vorher, da wir Ihnen sonst den Terminausfall in Rechnung stellen müssen.**

Datum

Unterschrift