



DR. POTTBROCK
schöne gerade zähne

Anamnesebogen

Zutreffendes bitte ankreuzen

Datum:

Name des Patienten: geb.:

Straße: Tel.:

Wohnort/PLZ:

Vor- und Zuname des Versicherten: geb.:

Straße: Tel.:

Wohnort des Versicherten:

Vor- und Zuname der Mutter: geb.:

Beruf:

Name der gesetzlichen Krankenkasse:

Sind Sie freiwillig versichert? ja nein

Sind Sie Zusatzversichert? ja nein

Sind Sie privat versichert? ja nein

Name der privaten Versicherung:

Zahnarzt:

Kieferorthopädisch vorbehandelt? ja nein

Wenn ja, wo? Wann?

Bestehen irgendwelche Krankheiten? ja nein

Asthma, Allergie, Diabetes, Blutungsneigung, etc.:

Ansteckende Krankheiten? ja nein

(z.B. Hepatitis, Salmonellose, Tbc, Aids, etc.)

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? ja nein

Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden? ja nein

Nehmen Sie Medikamente? ja nein

Besteht Schwangerschaft? ja nein

Wurde in den letzten 12 Monaten geröntgt? ja nein

Wenn ja, was?

Alle Angaben im eigenen Interesse ausfüllen. Sie sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wie auch für eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten