



ZAHNARZTPRAXIS
DR. MATTHIAS & MARYAM STAHLSCHMIDT

Kinder-Anamnesebogen

Vorname: Nachname:
Geburtstag: Telefonnr.:
Straße, Nr.: PLZ, Ort:
Kinderarzt: Ort der Praxis:

Bei Familienversicherung geben Sie bitte den Hauptversicherten hier an:

Vorname: Nachname:
Geburtstag: Telefonnr.:
Handynr.: E-Mail:

Bei entsprechendem Versicherungsstatus bitte Zutreffendes ankreuzen:

Privat versichert Gesetzlich versichert Beihilfeberechtigt
 Kein Pflegegrad Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Bitte beantworten Sie kurz folgende medizinisch relevante Fragen (Bitte Zutreffendes ankreuzen):

Nehmen Sie Medikamente ein? Nein Ja:
Gibt es Medikamente, die Sie nicht vertragen? Nein Ja:
Besteht eine Herzerkrankung? Nein Ja:
Besteht eine Bluterkrankung? Nein Ja:
Leiden Sie an Allergien? Nein Ja:
Bestehen sonstige Erkrankungen? Nein Ja:
Ist Ihr Blutdruck normal? Ja Nein: zu hoch zu niedrig

Besteht eine der folgenden Erkrankungen? (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Gelbsucht (Hepatitis)	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Immunschwäche (HIV)	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Asthma	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	Rheuma	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Magen-/Darmerkrankung	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	Nervenerkrankung	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Multiresistente Erreger (wie z.B. MRSA, ESBL, VRE, Clostridien)				<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja

Bitte auch Seite 2 ausfüllen ↻

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet Anzeige Schild Telefonbuch

Empfehlung durch: _____

Hiermit bin ich darüber aufgeklärt, dass es in seltenen Fällen zu einer Verletzung der Nerven nach einer Leitungsanästhesie kommen kann. Weiterhin bescheinige ich, über eine eventuelle Verkehrsuntüchtigkeit aufgeklärt worden zu sein.

Zu einer guten Zusammenarbeit gehört für uns auch eine gute Terminplanung um Ihre Wartezeit so kurz wie möglich zu halten. Dabei sind wir auf Ihre Hilfe angewiesen. Wir bitten deshalb höflich, Termine die sie nicht wahrnehmen können, rechtzeitig abzusagen. Wir behalten uns vor, reservierte und nicht rechtzeitig abgesagte Termine (Absage mindestens 24 Stunden vor Behandlungsbeginn) in Rechnung zu stellen.

Anfordern und Weiterleiten von Röntgenbildern:

Ich bin auf die Wahrnehmung der ärztlichen Schweigepflicht (§ 28 Abs. 8 Satz 3 RVÖ) hingewiesen worden und ich bin damit einverstanden, dass meine Röntgenaufnahmen nach Aufforderung weitergegeben werden dürfen.

Vielen Dank!

Datum: _____

Unterschrift: _____

Alles ausgefüllt? Dann bitte in der Praxis abgeben oder per E-mail senden an: buero@dr-stahlschmidt.de. Danke!