

**Praxis für Zahnerhalt
Dr. Andreas Bergner**

Hohenzollernstr. 85b – 56068 Koblenz
Telefon: 02 61 / 9 73 28 28
Notfall: 01 77 / 8 03 08 19

www.zahngesund-bergner.de
praxis@zahngesund-bergner.de



In Zusammenarbeit mit:
Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein, Katholisches Klinikum Marienhof und Brüderhaus Koblenz

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Dr. Andreas Bergner

Patient
Name Vorname geb. Datum

versichert über:
Name Vorname geb. Datum

Adresse:
Plz, Ort Straße, Nr.

Telefon:
Telefonnummer Handynummer dienstlich/Arbeitsstelle

E-Mail:

Beruf:

Krankenkasse o. Versicherung:

Hinweis zur Organisation der Praxis

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Deshalb bitten wir Sie, Ihren Termin pünktlich einzuhalten. Reservierte, aber nicht spätestens 24 Stunden vorher freigegebene Termine werden daher in Rechnung gestellt.

Wer hat Sie uns empfohlen?

Seite1, bitte wenden

Bankverbindung: Sparkasse Koblenz - Kto.-Nr.: 14 24 63 – BLZ: 570 501 20
IBAN: DE55 5705 0120 0000 1424 63 – BIC: MALA DE 51 KOB

Rückseite des Anamnesebogens von Herrn / Frau

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz- Kreislauferkrankungen:

- Hoher Blutdruck ja nein
- Niedriger Blutdruck ja nein
- Herzklappenfehler ja nein
- Herzklappenersatz ja nein
- Herzschrittmacher ja nein
- Endokarditis ja nein
- Herzoperation ja nein
- Mukoviszidose ja nein
- Organtransplantiert ja nein
- Stammzellentransplantiert ja nein

- Anfallsleiden ja nein
- Asthma / Lungenerkrankungen ja nein
- Blutgerinnungsstörungen ja nein
- Diabetes / Zuckerkrankheit ja nein
- Drogenabhängigkeit ja nein
- Nervenerkrankung ja nein
- Nierenerkrankung ja nein
- Ohnmachtsanfälle ja nein
- Osteoporoseerkrankungen ja nein
- Raucher ja nein
- Rheuma / Arthritis ja nein
- Schilddrüsenerkrankung ja nein
- Sonstige Erkrankungen

Infektiöse Erkrankungen:

- HIV-Infektion AIDS ja nein
- Lebererkrankung / Hepatitis ja nein
- Tuberkulose ja nein
- Andere Infektionskrankheiten ja nein
- Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
- Wenn ja in welchem Monat . Monat

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhesie ja nein
- Antibiotika ja nein
- Schmerzmittel ja nein
- Metalle
- Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?
- Wenn ja wann ca.?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

seit:

- Nehmen Sie Bisphosphonate? ja nein
- Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? ja nein
- Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? ja nein

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall - System einverstanden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ich bin damit einverstanden, dass bei zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, gegebenenfalls, eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

Angaben zu Seite 1 und 2 vollständig beantwortet.

Koblenz, Unterschrift _____