

## ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient.

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um Ihnen bestmöglich zu helfen und eine individuelle Behandlung zu gewährleisten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Informationen zu Ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte.

Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um den Anamnesebogen auszufüllen.

Alle Informationen werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

## ALLGEMEINE ANGABEN ZU IHRER ANSCHRIFT UND VERSICHERUNGSSTATUS

Name, Vorname

Straße

PLZ

Ort

Geburtsdatum

Telefon

Mobil

E-Mail-Adresse

Private Krankenversicherung (PKV)

Beihilfe

Basistarif

Zusatzversicherung

Pflegegrad

ja

nein

Hausarzt

## PERSÖNLICHE GESUNDHEITSDATEN

	Ja	Nein	Leiden Sie unter:	Ja	Nein		Ja	Nein
Sind Sie Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzklappenfehler/-ersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hohem oder niedrigem Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkrankung der Atemwege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?			Wenn ja, welche?			Tumorleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Rheumatischen Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Psychischen Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Erkrankungen  ja  nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente  ja  nein

Wenn ja, welche?

BITTE WENDEN >>

## ALLGEMEINE INFORMATIONEN ZUR PRAXIS UND ZUR TERMINVERGABE

Als Bestellpraxis planen wir für Sie individuell und ausreichend Behandlungszeit ein. Sollten Sie einmal einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie diesen, wenn möglich, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Nicht eingehaltene Termine und kurzfristige Absagen müssen wir leider mit 45€ pro halbe Stunde in Rechnung stellen.

Ein nachweislich unverschuldeter Ausfall (z.B. Unfall, Krankheit etc.) ist hiervon selbstverständlich ausgenommen. Der Anspruch ist gem. §615 BGB berechtigt.

Meine persönlichen Daten habe ich wahrheitsgemäß angegeben. Die oben genannten Punkte habe ich gelesen und bin damit einverstanden.

Datum                      Unterschrift Patient/Patientin\*

\* Bei einer Einwilligung von Eltern für ihr Kind gilt: Grundsätzlich ist die Einwilligung von beiden Elternteilen einzuholen. Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt dieser durch die Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben.

## ALLGEMEINE INFORMATIONEN ZUM ABRECHNUNGSVERFAHREN

Um mehr Zeit für Ihre Behandlung und Betreuung zu haben, halten wir unseren Verwaltungsaufwand so gering wie möglich. Deshalb haben wir die Abrechnung an unseren Partner, die mediserv GmbH, übertragen.

Die mediserv GmbH unterliegt als Abrechnungsgesellschaft den einschlägigen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und verarbeitet Patientendaten mit höchster Sorgfalt und absoluter Vertraulichkeit.

Für alle Fragen zur Abrechnung stehen Ihnen bei mediserv Ansprechpartner zur Verfügung.

Für dieses Abrechnungsverfahren benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis.

Wir bitten Sie deshalb um Ihre Zustimmung durch ihre nachstehende Unterschrift.

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten) an die mediserv GmbH;
- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an die mediserv GmbH
- Sicherungsweisen Weiterabtretung der Forderungen durch die mediserv GmbH an ein refinanzierendes Kreditinstitut.

Gleichzeitig entbinde ich meinen Zahnarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist.

Meine Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen ich kann diese jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Datum                      Unterschrift Patient/Patientin