Prof. Dr. Dr.
Philipp Plugmann
Zahnarztpraxis an der LeverKugel

ANAMNESE

Angaben zum Patienten

Name, Vorname ..... Geburtstag .....

Straße, Nr. .....

PLZ, Ort .....

Tel. Privat ..... Tel. Mobil .....

E-Mail .....

Arbeitgeber ..... Beruf .....

Angaben zum Versicherungsnehmer

Name, Vorname ..... Geburtstag .....

◯ Gesetzlich versichert ◯ Privat versichert ◯ Privat zusatzversichert ◯ Beihilfe

Name der Versicherung .....

Gesundheitszustand des Patienten

Wir benötigen folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes mit.

◯ Ich hatte bereits eine Zahnfleischbehandlung. ◯ Ich habe bereits Zahnimplantate.

◯ Ich möchte regelmäßig an einem Prophylaxeprogramm teilnehmen.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden. .....

Liegt bei Ihnen eine Allgemeinerkrankung vor?

◯ Allergien gegen .....

◯ Asthma ◯ Zuckererkrankung ◯ Blutgerinnungsstörungen ◯ Schilddrüsenerkrankungen

◯ HIV-Infektion ◯ TBC welche .....

◯ Herzinfarkt ◯ Schlaganfall

◯ Es besteht eine Schwangerschaft

◯ Regelmäßige Einnahme von Medikamenten welche .....

◯ Unverträglichkeiten auf Medikamente welche .....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum, Ort ..... Unterschrift .....