



## Anamnesebogen

### Persönliche Angaben

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. mobil \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

### Krankenkasse / private Krankenversicherung

- gesetzlich versichert  Zusatzversicherung  
 privat versichert  beihilfeberechtigt

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind (z. B. Familienversicherung),  
wer ist Versicherter?

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

### Pflegegrad

- Nein  ja - 1 2 3 4 5  
seit \_\_\_\_\_

### Wer ist Ihr Hausarzt?

Name \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

### Hinweise zur Organisation

**Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte geben Sie uns mindestens 48 Stunden  
vorher Bescheid. Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr i.H.v. 60,- € / Stunde  
berechnen.**

### Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen  
Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl  
durch die Behandlung selbst als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen  
Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie  
sicher nach Hause bringt.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und  
verpflichte mich, Änderungen umgehend mitzuteilen.**

**Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für die Behandlung (außer der  
akuten Schmerzbehandlung) das Einverständnis des Erziehungsberechtigten notwendig.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

**Bitte wenden!**

