



DR. LEOPOLD DIRSCH
Zahnarzt

Anamnese Fragebogen

Bitte vor der Behandlung bei unserem Empfang abgeben.
Sollten Sie Fragen haben 0841-74007

Patient Name _____ Vorname _____ geb. _____
Mitglied Name _____ Vorname _____ geb. _____
Anschrift Straße _____ Ort _____ PLZ _____
Kontakt E-Mail _____ Mobil _____ Telefon _____

Krankenversicherung

gesetzlich versichert freiwillig privat versichert
 Zusatzversicherung

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Anschrift Arbeitgeber _____

Angaben für eine möglichst komplikationslosen Behandlung

Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen des Kreislaufs (Herzens) _____

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV+, Aids, usw.) _____

Innere Krankheiten (Diabetis mellitus usw.) _____

Überempfindlichkeit (Allergie) gegen _____ Medikamente _____

Materialien _____ Andere Erkrankungen _____

Schwangerschaft ja nein wenn ja - welcher Monat _____

Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie zum Beispiel Osteoporose (sog. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen? ja nein

Sonstige _____

Legen Sie besonderen Wert auf eine Behandlung unter lokaler Betäubung? ja nein

Röntgennachweisheft vorhanden ja nein

Empfohlen / überwiesen durch _____

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben

Datum

Unterschrift