



# Anamnesebogen für Patienten und Aktualisierungsbogen

Füllen Sie bitte alle nötigen Angaben vollständig und gewissenhaft aus, sie werden von uns vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet     Empfehlung von: \_\_\_\_\_

anderes: \_\_\_\_\_

## PATIENT

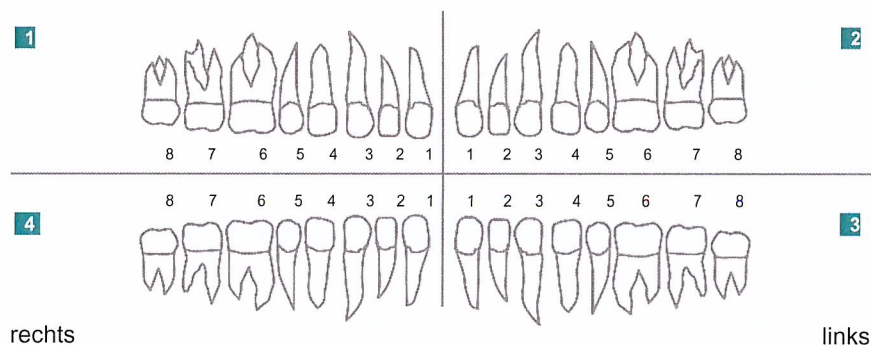
Familienname	_____	Vorname	_____
Strasse/Nr	_____	PLZ-Ort	_____
Krankenkasse/Nr	_____	Geb.Dat	_____
Telefon	_____	E-Mail	_____
Arbeitgeber	_____	Beruf	_____

## VERSICHERTER (falls Patient Angehöriger ist)

Familienname	_____	Vorname	_____
Strasse/Nr	_____	PLZ-Ort	_____
Krankenkasse/Nr	_____	Geb.Dat	_____
Telefon	_____	E-Mail	_____
Arbeitgeber	_____	Beruf	_____

## FALLS JA -WO HABEN SIE AKTUELL BESCHWERDEN?

Region ankreuzen, dann bitte 2. Seite ausfüllen:



Beschreiben Sie Ihr Problem kurz:

## ALLGEMEINMEDIZINISCHE ANAMNESE

Nehmen Sie während der letzten 5 Wochen regelmäßig Medikamente?

- Bisphosphonate  Blutverdünnende Medikamente  Psychopharmaka  
 Andere:

## HABEN SIE JEMALS AUF ETWAS (MEDIKAMENT/SPRITZE/etc.) UNGEWÖHNLICH REAGIERT?

- ja  nein  Latexallergie  Antibiotikum

Falls Ja, worauf und wie:

## KREUZEN SIE JENE PUNKTE AN, DIE AUF SIE ZU TREFFEN:

<input type="checkbox"/> hoher <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck	Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Ich interessiere mich für:
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> HIV-Infektion	<input type="checkbox"/> Vorsorge
<input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Implantate
<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Parodontitisbehandlung
<input type="checkbox"/> Asthma/ Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Zahnspange
<input type="checkbox"/> Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Zahnaufhellung
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Blutarmut	<input type="checkbox"/> Kronen, Veneers

Haben- oder hatten Sie eine Strahlen- oder Chemotherapie?

- Ja, weil \_\_\_\_\_  nein

Besteht eine Schwangerschaft?

- Ja, Woche \_\_\_\_\_  nein

Haben Sie Herzschrittmacher, Stents oder Bypass?

- Ja, seit \_\_\_\_\_  nein

Rauchen Sie?

- ja  nein  früher

Wieviel Stk/Tag \_\_\_\_\_

Sind Sie in regelmäßiger zahnärztlicher Betreuung?

- Nein  ja, zuletzt bei:

## ALLGEMEINE INFORMATION

Nicht alle Leistungen werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Gerne fertigen wir für Sie auf Wunsch einen schriftlichen Heilkostenplan an.

Wir bitten Sie, kleine Beträge bis 150 Euro sofort zu begleichen (Bar, Bankomat).

## AKTUELLE PREISE EINIGER PRIVATLEISTUNGEN:

Spritze	29,- Euro	Krone	1.150,- Euro
weisse Füllung je nach Größe	119,- bis 300,- Euro	Implantat	1.250,- Euro
Prophylaxesitzung Standard	110,- Euro	DVT	190,- Euro

**Falls Sie einen Termin nicht 48 Stunden vorher absagen, müssen wir einen Unkostenbeitrag von € 55,- verrechnen.**

## HABEN SIE NOCH EINE FRAGE?

## DATUM/UNTERSCHRIFT DES PATIENTEN ODER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der umseitigen und obigen Angaben.

Ich willige ein, dass meine sensiblen und sonstigen persönlichen Daten (Art. 9 DSGVO) zu den oben angeführten und für meine zahnärztliche Behandlung notwendigen Zwecken weiterverarbeitet und wenn nötig an Auftragsverarbeiter oder andere Verantwortliche (Ärzte, Krankenkassen) weitergeleitet werden.

Ich stimme zu, per SMS oder Email kontaktiert zu werden.

Zahnarztpraxis Implantart®, Römerstraße 9-11, 6900 Bregenz, Austria, T +43 5574 5456-0, F +43 5574 5456-05  
praxis@zahnarzt-kapeller.at, [www.zahnarzt-kapeller.at](http://www.zahnarzt-kapeller.at)

**BESSER FESTER.**