



## ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Sicherstellung einer komplikationslosen Behandlung in unserer Praxis ist es nötig, dass wir ihren momentanen Gesundheitszustand erfragen. Hierzu gehören Fragen zu akuten und chronischen Erkrankungen und von Medikamenten die Sie dauerhaft oder auch sporadisch einnehmen. Diese Daten unterliegen selbstverständlich dem Datenschutz und der ärztlichen Schweigepflicht und werden daher streng vertraulich behandelt. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Patient	_____	_____
	Vor- & Nachname	Geburtsdatum
Versicherter/ Mitglied	_____	_____
	Vor- & Nachname	Geburtsdatum
Adresse	_____	_____
	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Kontakt	_____	_____
	Telefon	E-mail Adresse
Beruf	_____	

## ANGABEN ZU IHRER VERSICHERUNG

Privat

- Beihilfeberechtigt
- Es besteht ein Spezialtarif

Gesetzlich

- Zahnzusatzversicherung
- Freiwillig versichert

## LEIDEN SIE AN EINER DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN

JA NEIN

- Herz-/ Kreislaufsystem (z.B. Bluthochdruck)
- Blutgerinnungsstörungen
- Anfallsleiden (Epilepsie)
- Lungenerkrankungen (z.B. Asthma bronchiale)
- Stoffwechselerkrankungen (z.B. Zuckerkrankheit)
- Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Prof. Dr. med. Dr. med. dent.

**VOLKER GASSLING**

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Plastische Operationen | Ästhetische Gesichtschirurgie

Nierenerkrankungen

Rheuma

Schilddrüsenerkrankungen

Infektionserkrankungen (z.B. AIDS, Tuberkulose, MRSA)

Nervensystem

Drogenabhängigkeit

Allergien

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja welche?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Sind Sie schwanger?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Rauchen Sie?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

**Achtung:**

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich **spätestens 24 Stunden vorher absagen**, da hier sonst die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

Nürnberg, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Hinweis zu unserem Praxisablauf**

Wir sind eine Bestellpraxis. Dies bedeutet, jeder Termin wird individuell geplant und zeitlich angepasst um Ihnen die bestmögliche Behandlung zu bieten sowie um unnötige Wartezeiten zu vermeiden. Deshalb weisen wir Sie darauf hin, Termine rechtzeitig abzusagen damit diese anderweitig vergeben werden können. Bei nichtrechtzeitiger oder unentschuldigter Versäumnis nehmen wir es uns vor, die fest zugesagte Behandlung in Rechnung zu stellen und Ihnen einen Schadens- bzw. Ausfallhonorar von **75€ pro halbe Stunde** nach § 614 (BGB) zu berechnen.