

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

wir freuen uns sehr, dass Sie den Weg zu uns gefunden haben um gemeinsam Ihre Zahnästhetik und Gesundheit zu verbessern – **biologisch, ganzheitlich, einfühlsam.**

Um für Sie einen effektiven Ersttermin zu gewährleisten, ist es uns wichtig, im Voraus über etwaige Beschwerden, Ihren Mund- und Gesundheitszustand sowie Ihre Behandlungswünsche, informiert zu sein.

Bitte beantworten Sie den folgenden Anamnesebogen und senden Sie uns diesen **vollständig** per E-Mail oder postalisch zu. Anschließend werden wir uns telefonisch zur Aufklärung, Beratung und Terminvereinbarung bei Ihnen melden.

Ich habe verstanden und bin damit einverstanden, dass für die Terminsicherung ein Betrag von 200 € bis spätestens zwei Wochen vor dem Termin, an untenstehende Kontodaten, mit Betreff „Anzahlung Ästhetisches Spektrum, Ihr Name“, überwiesen werden muss. Dieser Betrag wird mit Behandlungskosten verrechnet. Nicht eingehaltene Termine, die nicht spätestens 48 Stunden vorher abgesagt wurden, werden mit 200 € in Rechnung gestellt (§615 BGB).

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigte

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung – wir freuen uns auf Sie!

Ihr Team vom D-Tox Zahnzentrum

#bittelächeln

ANAMNESEBOGEN

ÄSTHETISCHES SPEKTRUM

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

Telefonnummer

Postleitzahl und Wohnort

Versicherter (falls abweichend)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

Telefonnummer

Postleitzahl und Wohnort

Krankenkasse:

Besteht eine Zahnzusatzversicherung? Ja Nein

Beruf:

E-Mail-Adresse:

Haben / hatten sie eine oder mehrere der folgenden Krankheiten?

- | Ja | Nein | | Ja | Nein | |
|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asthma, Bronchitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HIV-Infektion |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis A/B/C (Gelbsucht) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Störung von Magen/Darm |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Entzündung der Nasennebenhöhlen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nehmen Sie Gerinnungshemmer/ Marcumar? | | | |

#bittelächeln

ANAMNESEBOGEN

ÄSTHETISCHES SPEKTRUM

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Sind allergische Reaktionen oder Unverträglichkeit auf Medikamente oder Materialien bekannt? Welche?

Leiden Sie generell unter Allergien? Wenn ja, unter welchen und wie lange schon?

Gibt es sonstige körperliche oder psychische Beschwerden, die Sie uns mitteilen möchten?

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?

Sind Sie gegen Corona geimpft? Ja Nein

Wie oft sind Sie gegen Corona geimpft/ geboostert und wie häufig sind Sie bereits an Corona erkrankt?

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Wären Sie bereit nach Ihrer Behandlung Ihre Erfahrung für unsere Website und Social Media Kanäle zu teilen?

Ich würde Fragen zu meiner Behandlung in einem Kurzvideo beantworten Ja Nein

Ich würde einen kurzen, schriftlichen Erfahrungsbericht verfassen Ja Nein

Ich möchte dabei namentlich anonym bleiben Ja Nein

#bittelächeln

ANAMNESEBOGEN

ÄSTHETISCHES SPEKTRUM

Welche ästhetischen Behandlungswünsche führen Sie zu uns? Was würden Sie gerne verbessern?

Welche Erwartungen haben Sie an den Ersttermin und die darauf folgende Behandlung? Was sollten wir wissen?

Haben Sie akute Schmerzen im Mund- und Kieferbereich? Wenn ja, welche und seit wann?

Leiden Sie unter Beschwerden des Kiefergelenkbereichs, wie knacken oder knirschen?

#bittelächeln

ANAMNESEBOGEN

ÄSTHETISCHES SPEKTRUM

Leiden Sie unter Migräne oder Kopfschmerzen? Wenn ja, in welcher Häufigkeit und welcher Bereich des Kopfes?

Welche Behandlungen wurden bei Ihnen in den letzten 3-5 Jahren im Mund- und Kieferbereich durchgeführt?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der obigen Angaben und erkläre mich einverstanden, dass die Daten zum Zwecke der Abrechnung an Dritte weitergegeben werden. Ich entbinde die Zahnärzte der D-Tox Zahnzentrum MVZ GmbH ausschließlich hierfür von ihrer Schweigepflicht.

Ich möchte Informationen zu Neuigkeiten und Veranstaltungen der Praxis gerne per E-Mail erhalten

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigte

#bittelächeln