



DR. GHAUSSY & PARTNER, BRAMFELDER CHAUSSEE 1, 22177 HAMBURG ODER HERMANNSTRASSE 22, 20095 HAMBURG,
TEL.: 040/691 81 26, FAX: 040 690 67 11, WWW.GHAUSSY.DE

Anamnese

(Persönliche Daten und Krankengeschichte)

Patient Herr / Frau / Kind	Name:	Vorname:	Geb.:
Anschrift	Straße:	Nr.:	Telefon:
	Postleitzahl:	Ort:	Handy:
	Fax-Nr.:	E-Mail:	
Mitglied / Zahlungs- Pflichtiger	Name:	Vorname:	Geb.:
Anschrift	Straße:	Nr.:	Telefon:
	Postleitzahl:	Ort:	
Beruf d. Mitgliedes		Arbeitgeber:	
Anschrift d. Arbeitgebers	Straße u. Hausnr.:	Ort:	Telefon:
Name des Kostenträgers (Krankenkasse, Beihilfe)		<input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert	<input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert
		<input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert	<input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert
		<input type="checkbox"/> Ich habe einen PKV-Standardtarif	<input type="checkbox"/> Ich wünsche Kostenerstattung gem. §13 Abs. 2 SGB V
		<input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert

Zu Ihrer eigenen Sicherheit erbiten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie unserer Praxis bitte auch künftige Änderungen Ihres Versicherungsstandes, Ihrer Adresse und Ihres Gesundheitszustandes mit!

1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten
(Zutreffendes bitte ankreuzen!):

a.) Asthma, schwere Atemnot,
 allergische Reaktionen,
 Unverträglichkeit von Medikamenten / Materialien

Welche:

b.) Herz-, Kreislauferkrankungen:
 Herzinfarkt, Schlaganfall, Lähmungen.
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?
Blutdruckhöhe: hoch, niedrig, normal

Weitere Erläuterung:

c. Bestehen Infektionserkrankungen?
 HIV-Infektion, TBC, Hepatitis A/B/C,

Weitere Krankheiten / Erläuterungen:

d. Internistische -/ Innere Krankheiten
 Diabetes, Bluterkrankung,
 Blutgerinnungsstörung, Lebererkrankung,
 Epilepsie, Rheuma, Osteoporose

Weitere Krankheiten / Erläuterungen:



DR. GHAUSSY & PARTNER
ZAHNÄRZTE

DR. GHAUSSY & PARTNER, BRAMFELDER CHAUSSEE 1, 22177 HAMBURG ODER HERMANNSTRASSE 22, 20095 HAMBURG,
TEL.: 040/691 81 26, FAX: 040 690 67 11, WWW.GHAUSSY.DE

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche:

3. Sonstige Angaben, weitere Krankheiten

4. Rauchen Sie?
5. Besteht eine Schwangerschaft Wenn ja, bitte den Stichtag angeben:

6. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten
7. Besitzen Sie ein regelmäßig geführtes Bonusheft
8. Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung der Zähne:

9. Möchten Sie an einer Recall-Reminder (Terminerinnerungsintervall halbjährlich) teilnehmen
10. Wünschen Sie eine Terminerinnerung per SMS Hierzu benötigen wir die Angabe zu ihrem Provider:

11. Wie oder durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam:

Sie kommen zur Zahnarztbehandlung in unsere Praxis, die nach einem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist! Hierdurch vermeiden wir in der Regel die andernorts vielfach üblichen Wartezeiten. Es ist notwendig, dass Sie, wenn Sie vereinbarte Behandlungstermine nicht einhalten können, diese spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die, für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass wir, wenn Sie Ihren Termin nicht rechtzeitig absagen, es uns vorbehalten, Ihnen die vorgesehene Zeit und die Vergütung gemäß § 615 BGB in Rechnung zu stellen. Es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Hamburg, d. _____

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen/r
Vertreter/in

Gesetzliche/r Vertreter/in:

Name Vorname Geburtsdatum

Stellung zum Patienten: Vater Mutter oder _____