



Zahnärzteteam Mühlenstraße

Dr. Andreas Ritter & Kollegen



Dr. Andreas Ritter & Kollegen | Stand: 01.01.2025

Anamnesebogen 1

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine angemessene und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Herr/Frau/Divers/Kind

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	geb.

Mitglied

Anschrift

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	Nr.	PLZ	Ort

Krankenkasse

oder Versicherung

<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Mitgliedsnummer

Beruf

Haben Sie mit Ihrer privaten Krankenversicherung einen Basis-Tarif abgeschlossen?

Für Kassenpatienten:

Wir brauchen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ

Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahnmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten möglich ist, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

Wünschen Sie über unser intensives **Prophylaxeprogramm** informiert zu werden?

Wünschen Sie über unser intensives **Prophylaxeprogramm** informiert zu werden?

Bestellpraxis: Hinweis zur Organisation

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitglieder unserer gesetzlichen Krankenkassen nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen - dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Änderungen zu meinem Behandlungsdaten werde ich Ihnen stets mitteilen. Ich ermächtige Sie ferner hiermit, meine ggf. auf EDV gespeicherten Behandlungsdaten zur Weiterbehandlung einem evtl. Praxiskollegen zu übergeben.

Datum

Unterschrift