

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Persönliche Angaben

Name/Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ/Wohnort	<input type="text"/>
Telefon Privat	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Natel	<input type="text"/>	Hausarzt	<input type="text"/>
Krankenkasse	<input type="text"/>	Krankenkassen-Nummer	<input type="text"/>

Gesetzlicher Vertreter

Name/Vorname

Ja **Nein**

Haben Sie Anspruch auf soziale Unterstützung?
(Sozialamt/Ergänzungsleistung/IV)

Falls JA, über welche Stelle?

Patientenerklärung:

Ich erteile Ihnen mein Einverständnis die für die Rechnungsstellung, die Buchführung und das Inkasso notwendigen Daten an die von Ihnen beauftragten Personen und Institutionen weiterzuleiten. Ebenso willige ich ein, dass mit Institutionen (Behörden/Versicherungen) und ärztlichen/zahnärztlichen Kollegen personenbezogene Daten elektronisch ausgetauscht werden dürfen. Auch bin ich mir bewusst, dass nicht rechtzeitige Termine verrechnet werden können. Termine müssen 24 Stunden vor dem geplanten Termin abgemeldet werden.

Datum Unterschrift

Fragen zur Gesundheit:

Ja **Nein**

Hat Ihr Kind Allergien? Wenn ja, welche?

Nimmt Ihr Kind regelmässig Medikamente ein?
Wenn ja, bitte den Namen und die Dosierung angeben

Hat Ihr Kind andere Krankheiten? Wenn ja, welche?