



## Anamnesebogen

Nr. \_\_\_\_\_

Frau     Herr

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon privat

\_\_\_\_\_  
Telefon mobil

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

Versicherung:     Gesetzlich     Privat     Beihilfeberechtigt     Basistarif versichert

### Falls Sie familienversichert sind: Wer ist der Hauptversicherte?

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

### Hausarzt / Hausärztin

\_\_\_\_\_  
Praxis

\_\_\_\_\_  
Arzt / Ärztin

### Zahnarzt / Zahnärztin

\_\_\_\_\_  
Praxis

\_\_\_\_\_  
Arzt / Ärztin

### Abrechnung

Liegt uns Ihre elektronische Gesundheitskarte innerhalb von zehn Tagen nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient. Privatpatienten erhalten die Rechnung über eine Abrechnungsgesellschaft.

Ich habe die Abrechnungsbestimmungen gelesen und zur Kenntnis genommen.

### Datenschutz

Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz und der ärztlichen Schweigepflicht. Die erhobenen Daten werden in unserer praxisinternen Datenbank gespeichert und nur mit Ihrer schriftlichen Erlaubnis an Dritte weitergegeben.

Ich habe den Hinweis zum Datenschutz gelesen und zur Kenntnis genommen.

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten elektronisch verarbeitet, gespeichert und etwaige Röntgenbilder auf elektronischem Wege an den weiterbehandelnden Arzt versendet werden.

### Hinweise zur Verkehrsuntüchtigkeit nach ärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass die Verkehrstüchtigkeit nach einem chirurgischen Eingriff unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt ist. Dies kann sowohl durch die Behandlung als auch durch Medikamente hervorgerufen werden.

Ich habe den Hinweis zur Verkehrsuntüchtigkeit gelesen und zur Kenntnis genommen.

Bitte wenden

