

# ANAMNESEBOGEN

## Liebe Patientin, lieber Patient,

für die Behandlung beim Zahnarzt können evtl.  
vorhandene oder durchgemachte Erkrankungen  
von Bedeutung sein. Bitte beantworten Sie deshalb  
zu Ihrer eigenen Sicherheit folgende Fragen:

## Praxis Dr. Tekyatan

Oralchirurgie- Implantologie  
Gemündener Str. 10  
55469 Simmern  
Tel.: 06761/9161240  
Fax.: 06761/9161241

	<b>Patient</b>	<b>Hauptversicherter</b>
Name:		
Vorname:		
Straße:		
PLZ/ Ort:		
Geboren am:		
Geburtsort:		
Krankenkasse		
Versicherung Bitte entsprechendes ankreuzen	<input type="checkbox"/> gesetzlich      oder <input type="checkbox"/> Privat Basis-Tarif? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Arbeitgeber:		
Beruf:		
Telefon privat:		
Telefon beruflich:		
Mobil:		
E-Mail:		

### Für überwiesene Patienten:

Sie wurden überwiesen von der Praxis:

---

Nach Abschluss der vereinbarten Behandlung mit Ihrem Hauszahnarzt finden keine weiteren Behandlungen in der Praxis Dr. Tekyatan statt. Hiermit vereinbaren wir mit Ihnen, sich zur Weiterbehandlung bei Ihrem Hauszahnarzt vorzustellen:

---

Unterschrift der Patientin/ des Patienten

### Für Patienten ohne Überweisung:

Ich habe ein Bonusheft

Besondere Wünsche und Erwartungen:

---

Bitte Rückseite nicht vergessen!!!!!!!



**Mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass die Datenschutzverordnung** von Ihnen gelesen (Auslage im Wartezimmer) wurde. Ihre Daten werden wie darin beschrieben, nach den gesetzlichen Richtlinien (DSGVO) gespeichert & ggf. weitergeleitet (z. B. Krankenkasse, Hauszahnarzt/Hausarzt, Dentallabor, usw.).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Sollten Sie einen Termin nicht einhalten ist es zwingend erforderlich den Termin 24 Std. vorher abzusagen! Wir behalten in diesem Fall vor eine Ausfallgebühr von 75€ in Rechnung zu stellen.

Datum:

Unterschrift: