

Anamneseformular / Patient Questionnaire

Nachname, Vorname (Patient)
Patient name Mr./Mrs./ Ms./ Dr./ Child

Geburtsdatum/-ort, Geschlecht: m w
Date/Place of birth

Straße, Hausnummer
Address

Postleitzahl, Ort
Post / Zip code

Telefon (privat/mobil)
Tel. Number private

Telefon (geschäftlich)
Tel. Number no private

E-Mail

Beruf
occupati

Name der Krankenkasse/ Versicherung:
Name of health insurance

Gesetzlich versichert / german public insurance

Beihilferechtigt / eligible for government allowance

Privat versichert - nicht im Basistarif / private

Zusatzversichert / additional insurance

Privatversichert - im Basistarif / private basic

Hausarzt – Name, Adresse, Telefon

Name of your physician (address, phone number)

Versicherter / If policyholder is not a patient

Nachname, Vorname
Name of insuranceholder

Geburtsdatum
Date of birth

Straße, Hausnummer
Address

Postleitzahl, Ort
Post / Zip code

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger / Permission to treat

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

This is to certify that I (the undersigned or guardian of a minor), consent to the performing of the dental and oral procedures to be necessary or advisable, including the use of local anaesthesia. I authorize the release of any records that are relevant to the processing and payment held by Dr. Karami to any appropriate health professional, licensing or regularity body for the purpose of administrative audit.

Datum / Date

Erziehungsberechtigter / Insuranceholder

Fragebogen für gesunde Zähne / Dental Health Record

1. Sind Sie zufrieden mit der Farbe Ihrer Zähne? ja nein
Are you content with your smile and the colour of your teeth?

2. Haben Sie Interesse an Informationen über folgende Behandlungen
Are you interested in further informaton on one of the following methods on treatment:

Professionelle Zahnreinigung / professional cleaning (prophylaxis)
 Bleaching

Implantate / implants
 Ästhetische Zahnmedizin / esthetic dentist

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich
Medical History

Gesundheitszustand General health record		Bitte ankreuzen Please check, where applicable	
Blutdruck Bloodpressure	<input type="checkbox"/> niedrig / low <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hoch/high	Herzerkrankung Heartdisease	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzklappenerkrankung/-defekt Heartvalve disease	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herzschrittmacher Pacemaker	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Weitere Erkrankungen Other diseases		Bitte ankreuzen Please check, where applicable	
Blutgerinnungsstörungen Blood coagulation disorder	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenerkrankung Thyroid malfunction	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rheuma Rheumatism	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lungenerkrankung Pulmonary disease	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Andere any others:	_____		

Infektionserkrankungen Infection disease		Allergien / Unverträglichkeiten Allergic reaction to medication	
HIV HIV infection	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lokalanästhetika Local anesthetic	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schmerzmittel Analgetic	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose Tuberculosis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Antibiotika Antibiotics	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tumor / Karzinom / Krebs	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Nehmen/nahmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Andere any others	_____		

Allgemeine Angaben General record			
Drogenkonsum Are you taking drugs?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schwangerschaft (Woche) Are you pregnant (week)	<input type="checkbox"/> _____
Raucher Are you smoking	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Frühere Röntgenuntersuchung Date of last X-Ray	
Regelmäßige Medikamente Are you taking medications	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, Körperteile / Datum if yes, body parts / date	
wenn ja, seit wann / Name: if yes, since / name:		Wünschen Sie einen Röntgenpass?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?	_____		

Wichtige Information:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- **Die vereinbarten Termine werden ausdrücklich für Sie freigehalten. Wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Im Falle eines Nichterscheinens, kommt eine Ausfallgebühr in Höhe von bis zu 150 € pro Stunde oder die Kosten der gesamten Behandlung auf Sie zu.**

Important:

- All given informations are confidential.
- If you ever have any changes in your health or change in medication, please inform the dentist at the next appointment.
- **We ask you to cancel agreed appointments 24h in advance. In case of non-appearance, we can bring to your account cancellation fee amounting to 150 Euro/ h. or to the entire treatment costs. As a member of a German public health insurance, please provide your health insurance card 10 days after first treatment at latest, since we otherwise have to bill you directly. As a member of a commercial/ private insurance we will invoice you directly for the treatment.**

Datum / Date

Unterschrift / Signature



Liebe Patientin,
Lieber Patient,

ein wichtiger Bestandteil Ihrer zahnärztlichen Behandlung ist die Möglichkeit, dass wir Sie über bevorstehende Termine wie z.B. Vorsorgetermine benachrichtigen. Mit Hilfe dieses sogenannten Recall-Systems können wir Sie an eine anstehende Vorsorgeuntersuchung erinnern. Wenn Sie hiermit einverstanden sind, bitten wir Sie um Zustimmung durch Ihre Unterschrift.

Ich bitte um Erinnerung bei Vorsorgeuntersuchungen:

per SMS per E-Mail

Bitte kreuzen Sie entsprechendes an.

Ort / Datum

Unterschrift