



Spezielle Anamnese

Wie oft putzen Sie Ihre Zähne täglich?	Weniger als 1-mal	1 bis 2-mal	-mal
Haben Sie Zahnfleischbluten?	immer	selten	nie
Haben Sie Mundgeruch	immer	selten	nie
Haben Sie überempfindliche Zahnhälse?	Ja	Nein	
Rauchen Sie?	Ja	Nein	

Bitte ankreuzen	Ja	Nein
Ich entbinde Dres.A.und K.Sterns von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies im Zusammenhang mit der aktuellen zahnärztlichen Behandlung steht. Dies betrifft Konsil mit anderen Ärzten, Labor (bei Zahnersatz), Krankenkassen		
Soweit es der Informationsbedarf der Erstattungsstelle eine Datenübermittlung im Sinne des §3Abs.4 Nr.3 des Bundesdatenschutzgesetzes bedingen sollte, erkläre ich mich mit dieser einverstanden		
Ich bin damit einverstanden, dass zur Dokumentation der Behandlung Fotoaufnahmen gemacht werden dürfen.		
Ich sage Behandlungstermine spätestens 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin ab. Bei Nichteinhaltung der Terminvereinbarung hat die Praxis einen Sonderanspruch (Az.411C3/17)an mich.		
Datenschutz: Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Mit der Speicherung dieser Daten bin ich einverstanden.		

Wünschen Sie eine Erinnerung zur halbjährlichen Kontrolluntersuchung?

Datum

Unterschrift Patient

.....

.....