

Anamnesebogen Praxis Dr. Katrin Nauert

Patient

Name: _____ Geb. Datum: _____
Vorname: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ Beruf: _____

Empfohlen vom: _____

Zahnarzt _____

Krankheiten

ADS/ADHS
Allergien (Ausschläge)
Asthma
Nosokomiale Infektion
Hepatitis/HIV
Tuberkulose
Zuckerkrankheit
Andere besondere Krankheiten? _____
Medikamenteneinnahme? _____

Allgemeines

Regelmäßiger Zahnarztbesuch?
Schnuller?
Daumen?
Finger?
Zähneknirschen?
Schnarchen?
Unfall?

Versicherter - falls abweichend : Erziehungsberechtigter

Name: _____	Name: _____
Vorname: _____	Vorname: _____
Geb. Datum: _____	Geb. Datum: _____
Straße: _____	Straße: _____
PLZ, Ort: _____	PLZ, Ort: _____
Telefon: _____	Telefon: _____
e-mail: _____	e-mail: _____
Beruf: _____	Beruf: _____

Krankenkasse: _____

Bei Nichtvorlage der Krankenversichertenkarte erkläre ich mich bereit, die erbrachten Leistungen privat zu begleichen.

Sulzbach, den _____

(Unterschrift des/der Versicherten/Erziehungsberechtigten)

Dr. Katrin Nauert
Kieferorthopädin

Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO