

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____

Tel. Privat: _____
e-mail: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____

Tel. Arbeitsplatz: _____
Krankenkasse: _____
pflichtversichert: ja / nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: _____
Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____
Adresse: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja / nein

Wünschen Sie eine Recallerinnerung 1x jährlich damit Sie Ihren Bonus nicht verlieren? ja / nein

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass?	ja / nein
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe?	ja / nein
Haben Sie Gerinnungsstörungen?	ja / nein
Haben Sie eine Herzerkrankung?	ja / nein
Leiden Sie an einer Kreislauferkrankung?	ja / nein
Haben Sie Bluthochdruck?	ja / nein
Haben Sie Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, etc.)?	ja / nein
Sind Sie HIV positiv?	ja / nein
Haben Sie Diabetes?	ja / nein
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	ja / nein
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?	ja / nein
Leiden Sie unter Migräne?	ja / nein
Haben Sie Asthma?	ja / nein
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche?	Woche ja / nein
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?	ja / nein

Wenn ja, welche? _____

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen?	ja / nein	Haben Sie Geräusche oder Schmerzen	
Blutet Ihr Zahnfleisch?	ja / nein	im Kiefergelenk?	ja / nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	ja / nein	Hatten Sie jemals eine "Kiefernvermessung"?	ja / nein
Sind Ihre Zähne gelockert?	ja / nein	Fand eine Röntgenuntersuchung statt?	ja / nein

Haben Sie Fragen zur Untersuchung / Behandlung? _____

Wünschen Sie zu einem speziellem zahnmedizinischen Thema zusätzliche Informationen?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Implantate | <input type="checkbox"/> Zahnfleischerkrankungen | <input type="checkbox"/> Keramikversorgung |
| <input type="checkbox"/> Bleaching | <input type="checkbox"/> Amalgamsanierung | |
| <input type="checkbox"/> Prof. Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> Wurzelbehandlung | |

Bitte beantworten Sie die Fragen in ihrem eigenen Interesse einer komplikationslosen Behandlung.

Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ort, Datum _____