

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Geburtsort: _____
 Str., Hsnr.: _____
 PLZ/Wohnort: _____
 Telefon: _____
 Tel. Mobil: _____
 E-Mail-Adresse: _____
 Beruf: _____
 Arbeitgeber: _____
 Krankenkasse: _____

Wenn Sie nicht selbst Hauptversicherte/r sind:

Wer ist Versicherte/r?
 Name, Vorname: _____
 Str., Hsnr.: _____
 PLZ, Wohnort: _____
 Geburtsdatum: _____

Zahnzusatzversicherung: _____

Wer soll ggf. **abweichend** die Rechnung erhalten?

Name, Vorname: _____
 Adresse: _____
 Geburtsdatum: _____

Für Privatpatienten: Haben Sie mit Ihrer privaten Krankenversicherung einen Basis-, bzw.

Standardtarifvertrag? Nein Ja

- Was ist der Grund Ihres Besuchs? _____

- Was sind Ihre Wünsche an uns? _____

- Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

- Haben/hatten Sie:

- eine Herz-/Kreislaufkrankung? Nein Ja welche? _____

- einen Schrittmacher? Nein Ja

- ein künstliches Gelenk/eine Endoprothese) Nein Ja welche(s)? _____

- einen Schlaganfall? Nein Ja wann? _____

- Diabetes? Nein Ja Typ: _____

- Osteoporose? Nein Ja

- Epilepsie? Nein Ja

- Asthma? Nein Ja

- Migräne / chronischen Kopfschmerzen? Nein Ja

- Blutgerinnungsstörungen? Nein Ja

- Durchblutungsstörungen / Thrombose? Nein Ja

- grünen / grauen Star? (zutreffendes unterstreichen) Nein Ja

- Rheuma/Polyarthrit/Gicht? Nein Ja

- einen veränderten Blutdruck? Nein Ja hoch niedrig

- eine Nieren-Blasen-Erkrankung ? Nein Ja welche: _____

- eine Magen-/Darmerkrankung? Nein O Ja O welche: _____
- eine Lebererkrankung? Nein O Ja O welche: _____
- eine Lungenerkrankungen? Nein O Ja O welche: _____
- eine Schilddrüsenerkrankung: Nein O Ja O welche: _____
- Allergien/Unverträglichkeiten Nein O Ja O welche? _____
- einen Allergiepass? Nein O Ja O (wenn ja, bitte Kopie vorlegen) _____
- ansteckende Erkrankungen (HIV/AIDS, Tuberkulose, Hepatitis, MRSA, o.a.) Nein O Ja O
welche? _____ wenn ausgeheilt, seit: _____
- eine Krebserkrankung? Nein O Ja O welche: _____
- eine Chemotherapie? Nein O Ja O Jahr: _____
- eine Bestrahlung im Kopf-Hals-Bereich? Nein O Ja O Jahr: _____
- Rauchen Sie? Nein O Ja O wenn ja, wie viel täglich? _____
- andere Suchterkrankungen (Alkohol, Betäubungsmittel, Drogen,o.a.) Nein O Ja O
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein O Ja O
welche? _____
- Haben eine/n Medikamentenliste/Medikationsplan? (Wenn ja, bitte Kopie vorlegen) Nein O Ja O
- Leiden Sie unter Mundtrockenheit? Nein O Ja O
- Hatten Sie schon einmal Probleme bei einer Zahnbehandlung? Nein O Ja O
(allergische Reaktion, Übelkeit, Kreislaufprobleme, Angst, o.a.) welche? _____
- Gibt es noch andere Dinge, die wir wissen sollten, um Ihnen die Behandlung so angenehm wie
möglich zu gestalten? (Ängste, Rückenprobleme, o.a.) Nein O Ja O
- Schnarchen Sie? Leiden Sie unter Schlafapnoe? Nein O Ja O
- ein Bonusheft O einen Implantatpass O einen Röntgenpass O (zutreffendes bitte ankreuzen)
- Ihre bisherigen Mundpflegemittel/Putzgewohnheiten: (zutreffendes bitte ankreuzen)
Handzahnbürste O elektrische Zahnbürste O Zahnseide O Prothesenbürste O
Zahnzwischenraumbürste O Haftcreme O Reinigungstabletten für Prothesen O
- Wann fand die letzte Röntgenuntersuchung an den Zähnen statt? Monat/Jahr? _____
- Wann fand die letzte professionelle Reinigung Ihrer Zähne statt? Monat/Jahr? _____
- Möchten Sie eine Beratung über verschiedene Möglichkeiten des Zahnersatzes? Nein O Ja O
- Sollen wir Sie an den nächsten Termin zur Untersuchung / Zahnreinigung erinnern? Nein O Ja O
- Für junge Frauen: Sind Sie schwanger? Woche: _____ Nein O Ja O

**Wir bitten Sie Ihre Termine bei Verhinderung bis spätestens 24 Stunden vorher abzusagen.
Sollten Sie einen Termin nicht einhalten ohne abzusagen, sind wir berechtigt, Ihnen
eine Ausfallgebühr nach Zeitaufwand und geplanter Behandlung in Rechnung zu stellen!**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen Angaben. Ich habe alle Fragen verstanden und ggf. nicht abgefragte Fragen zu meinem Gesundheitszustand ergänzt.

Verschwiegenheit seitens unserer Praxis ist selbstverständlich

(Ort, Datum)

(Unterschrift)