

## Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____	<b>Wenn Sie nicht selbst Hauptversicherte/r sind:</b>
Vorname: _____	Wer ist Versicherte/r?
Geburtsdatum: _____	Name, Vorname: _____
Geburtsort: _____	Str., Hsnr.: _____
Str., Hsnr.: _____	PLZ, Wohnort: _____
PLZ/Wohnort: _____	Geburtsdatum: _____
Telefon: _____	
Tel. Mobil: _____	Wer soll ggf. <b>abweichend</b> die Rechnung erhalten?
E-Mail-Adresse: _____	Name, Vorname: _____
Beruf: _____	Adresse: _____
Arbeitgeber: _____	Geburtsdatum: _____
Krankenkasse: _____	
Zahnzusatzversicherung: _____	

**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)