

Anmeldebogen mit Anamnese

Datum: _____

Name: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Vorname: _____

Geburtsort: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel. Privat: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Tel. Mobil: _____

Name: _____

Beruf: _____

Vorname: _____

Arbeitgeber, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Tel. Arbeitsplatz: _____

Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Für Privatpatienten:

Haben Sie mit Ihrer privaten Krankenversicherung einen Basis-, bzw. Standardtarifvertrag? ja / nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Haben Sie eine Allergie? Wenn ja, welche? _____ ja / nein

Haben Sie Asthma? ja / nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja / nein

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen? ja / nein

Haben Sie eine Infektionskrankheit? ja / nein

Hepatitis A / Hepatitis B / Hepatitis C / HIV Wenn ausgeheilt, seit wann? _____

Haben Sie Diabetes? Typ: _____ ja / nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja / nein

Haben Sie eine Magen- / Darm-Erkrankung? ja / nein

Haben Sie eine Nierenerkrankung? ja / nein

Leiden Sie unter Migräne / chronischen Kopfschmerzen? ja / nein

Haben Sie grünen Star? ja / nein

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich? _____ ja / nein

Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? _____ Woche _____ ja / nein

Wann fand die letzte Röntgenuntersuchung an den Zähnen statt? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

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

Möchten Sie eine Beratung über verschiedene Möglichkeiten des Zahnersatzes? ja / nein

Möchten Sie an den nächsten Termin zur Untersuchung / Zahnreinigung erinnert werden? ja / nein

Wir bitten Sie Ihre Termine bei Verhinderung bis spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Sollten Sie einen Termin nicht einhalten ohne abzusagen, behalten wir uns das Recht vor, Ihnen eine Ausfallgebühr von 50 Euro je angefangener Stunde in Rechnung zu stellen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift

Verschwiegenheit seitens unserer Praxis ist selbstverständlich