

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: _____

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

Name, Vorname: _____
 Adresse: _____
 Geburtsdatum: _____

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 Ja welche: _____

- eine Lebererkrankung? Nein Ja welche: _____

- eine Lungenerkrankungen? Nein Ja welche: _____
- eine Schilddrüsenerkrankung: Nein Ja welche: _____
- Allergien/Unverträglichkeiten Nein Ja welche? _____
- einen Allergiepass? Nein Ja (wenn ja, bitte Kopie vorlegen) _____
- ansteckende Erkrankungen (HIV/AIDS, Tuberkulose, Hepatitis, MRSA, o.a.) Nein Ja
 welche? _____ wenn ausgeheilt, seit: _____
- eine Krebserkrankung? Nein Ja welche: _____
- eine Chemotherapie? Nein Ja Jahr: _____
- eine Bestrahlung im Kopf-Hals-Bereich? Nein Ja Jahr: _____
- Rauchen Sie? Nein Ja wenn ja, wie viel täglich? _____
- andere Suchterkrankungen (Alkohol, Betäubungsmittel, Drogen,o.a.) Nein Ja
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja
 welche? _____
- Haben Sie eine/n Medikamentenliste/Medikationsplan? (Wenn ja, bitte Kopie vorlegen) Nein Ja
- Leiden Sie unter Mundtrockenheit? Nein Ja
- Hatten Sie schon einmal Probleme bei einer Zahnbehandlung? Nein Ja
 (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 Ja
- Schnarchen Sie? Leiden Sie unter Schlafapnoe? Nein Ja
- Haben Sie Probleme mit dem Kiefergelenk? Nein Ja
- Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen? Nein Ja
- 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 Ja
- Dürfen wir Sie an den nächsten Termin zur Untersuchung / Zahnreinigung erinnern? Nein Ja
- Für Frauen: Sind Sie schwanger? Woche: _____ Nein Ja

Alle Angaben sind freiwillig, unterliegen der zahnärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.
 Ihre Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert.
 Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind jederzeit in der Praxis einsehbar.

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.

 (Ort, Datum)

 (Unterschrift)