

Anmeldebogen mit Anamnese

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse gewissenhaft. Sie können sich auf die ärztliche Schweigepflicht verlassen.

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

Telefon: _____
Mobil: _____
E-Mail: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____

Krankenkasse: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Mitglied?

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

an wen geht die Rechnung: _____

erhalten Sie Beihilfe des öffent. Dienstes? ja nein

wie, durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung? (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen | <input type="checkbox"/> unzufrieden mit Zahnoptik | anderes _____ |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Kiefergelenkschmerzen | _____ |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleisch zieht sich zurück | <input type="checkbox"/> Interesse an Implantat (Kunstzahn) | <input type="checkbox"/> es existieren Röntgenbilder |
| <input type="checkbox"/> Zähne sind gelockert | <input type="checkbox"/> Interesse an Amalgamersatz | Erstellungsdatum _____ |

Bestehen gesundheitliche Risiken? (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- ich besitze einen Gesundheitspass
 ich leide an Herz- Kreislauferkrankungen
welche: _____

- ich nehme Bisphosphonate
 ich habe einen Allergiepass
 ich nehme Blutgerinnungsmedikamente
 es bestehen Infektionserkrankungen
(wie z. B. Hepatitis, Aids, Kinderkrankheiten...)

wenn ja, welche: _____

ich bin allergisch /empfindlich auf:

ich leide an

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prostataerkrankung | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> grünem Star | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Magen- Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> ich bin schwanger | |

mein Hausarzt ist: _____

Wir führen eine Bestellpraxis und versuchen keine Wartezeiten entstehen zu lassen. Wir bitten Sie deshalb, falls Sie den vereinbarten Termin einmal nicht einhalten können, spätestens 24 h vor Behandlung abzusagen. Bitte haben Sie Verständnis, dass andernfalls die für Sie reservierte Zeit in Rechnung gestellt werden muss.

Falls Sie zur Schmerzausschaltung eine Injektion erhalten haben, ist Ihre Verkehrstüchtigkeit für mehrere Stunden eingeschränkt. Wir bitten dies zu beachten! Bitte informieren Sie uns über eingetretene Änderungen bezüglich Ihres Gesundheitszustandes. Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

.....
Datum

.....
Unterschrift

ich bin einverstanden, dass ich per sms oder e-mail auf meinen Zahnarzttermin hingewiesen werde.