

Anmeldebogen mit Anamnese

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

 Tel. Privat: _____
 Beruf: _____
 Arbeitgeber, Ort: _____

 Tel. Arbeitsplatz: _____
 Krankenkasse: _____
 pflichtversichert: ja / nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-
 mitglied sind, wer ist Versicherter?
 Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____

 Wer soll die Rechnung erhalten?
 Name: _____
 Adresse: _____

 Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen
 Dienstes? ja / nein

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Ja / Nein

Möchten Sie unseren Erinnerungsservice für die jährliche Kontrolle/ Prophylaxebehandlung in Anspruch nehmen?
 O / O
 per SMS? Mobilnummer: _____ oder per Post?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	O / O	
Wenn ja, welche? _____		Reagieren Sie
überempfindlich auf bestimmte Stoffe? Oder haben Sie Allergien?	O / O	
Wenn ja, welche? _____		
Haben Sie Gerinnungsstörungen?	O / O	
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?	O / O	
Sind Sie HIV positiv?	O / O	
Haben Sie Hepatitis B?	O / O	Haben
Sie Hepatitis C?	O / O	
Sind Sie mit MRSA infiziert? (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus)	O / O	
Haben Sie Diabetes?	O / O	
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	O / O	
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?	O / O	
Haben Sie grünen Star?	O / O	
Haben Sie Asthma?	O / O	
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? Woche?	O / O	

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen?	O / O	Haben Sie Geräusche oder Schmerzen	
Blutet Ihr Zahnfleisch?	O / O	im Kiefergelenk?	O / O
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	O / O	Hatten Sie jemals eine "Kiefervermessung"?	O / O
Sind Ihre Zähne gelockert?	O / O	Fand eine Röntgenuntersuchung statt?	O / O
Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden?			O / O

Wer hat uns empfohlen? _____

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.
 Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Springe / Eldagsen, den

 Unterschrift Patient