

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Tel. Privat: _____
Handy : _____
E-Mail : _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?
Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Wer soll Rechnungen erhalten?
Name: _____
Adresse: _____

Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____
Tel. Arbeitsplatz: _____
Krankenkasse: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja / nein
Sind Sie freiwillig versichert? ja / nein
Besteht eine Zahnzusatzversicherung? ja / nein

Wer hat uns empfohlen? _____
Wie haben Sie uns gefunden? Praxisschild, Telefonbuch, Gelbe Seiten, Internet, sonstiges _____

Bestehen gesundheitliche Risiken oder Grunderkrankungen?

Wenn ja, welche? _____
Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe?	ja / nein	wenn ja welche? _____
Haben Sie einen Allergiepass?	ja / nein	besteht eine Penicillinallergie? ja / nein
Asthma?	ja / nein	
Gerinnungsstörungen, Blutungsneigungen?	ja / nein	
Herz-/Kreislaufkrankung?	ja / nein	Ist der Blutdruck bekannt? _____
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	ja / nein	
HIV positiv?	ja / nein	
Hepatitis B oder Hepatitis C ?	ja / nein	
Diabetes (Zuckerkrankheit)?	ja / nein	Osteoporose ja / nein
Schilddrüsenerkrankung?	ja / nein	Rheuma? ja / nein
Magen-/Darmerkrankung?	ja / nein	Nierenerkrankungen? ja / nein
Migräne und Verspannungen?	ja / nein	
Sind Sie schwanger?	ja / nein	wenn ja in welcher Woche? ____Woche
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?	ja / nein	wenn ja welche? _____

Warum kommen Sie zu uns?

ausschließlich zur Kontrolle (Vorbeugung)	ja / nein	
Haben Sie Zahnschmerzen?	ja / nein	Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk? ja / nein
Blutet Ihr Zahnfleisch?	ja / nein	Kopf- oder Nackenschmerzen? ja / nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	ja / nein	Fand im letzten Jahr eine Röntgenuntersuchung statt? ja / nein
Haben Sie empfindliche Zahnhälse?	ja / nein	
Sind Ihre Zähne gelockert?	ja / nein	

Zahnfüllungen möchte ich als Amalgamfüllungen ja / nein als helle Füllungen ja / nein / vielleicht
Sind Sie in jeder Hinsicht mit Ihrem Zahnersatz zufrieden? ja / nein
Was gefällt Ihnen an Ihren Zähnen nicht : _____

Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? ja / nein
Halten Sie eigene Zähne für Ihr gesamtes Leben für erstrebenswert? ja / nein

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

Helmstedt, den _____

Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter