

Anmeldebogen mit Anamnese

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

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Geburtsort: _____
Tel. Privat / Mobil: _____
E-Mail: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____
Tel. Arbeitsplatz: _____
Krankenkasse /
Zusatzversicherung _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-
mitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____
Adresse: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen
Dienstes? ja / nein

Wer hat uns empfohlen? _____

Wer ist Ihr Hausarzt? Name :

Telefon :

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit? _____

Herz-/ Kreislaufferkrankungen:

Bluthochdruck ja / nein
Herzklappenfehler ja / nein
Herzschrittmacher ja / nein
Endokarditis ja / nein
Herzoperationen ja / nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie / Spritzen ja / nein
Antibiotika ja / nein
Schmerzmittel ja / nein
Sonstiges: _____

Anfallsleiden (Epilepsie) ja / nein
Asthma/Lungenerkrankungen ja / nein
Blutgerinnungsstörungen ja / nein
Diabetes / Zuckerkrankheit ja / nein
Drogenabhängigkeit ja / nein
Magen-/Darm-/Nierenerkrankungen ja / nein
Ohnmachtsanfälle ja / nein
Schilddrüsenerkrankung ja / nein

Infektiöse Erkrankungen:

Hepatitis B / C ja / nein
HIV positiv / AIDS ja / nein
Tuberkulose ja / nein

Besteht eine Schwangerschaft ja / nein
Schnarchen / Atemaussetzer ja / nein
Tagesmüdigkeit ja / nein

Leiden Sie an einer hier nicht aufgeführten Krankheit? _____

Wann fand die letzte Röntgenuntersuchung der Zähne / Kiefer statt? _____

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben und verpflichte mich eintretende Änderungen während der gesamten Behandlungsdauer dem Zahnarzt mitzuteilen.

Wir führen eine Bestellpraxis. Dies hat für Sie den Vorteil geringer Wartezeiten. Es bedeutet auch, dass Sie sich unbedingt an die vereinbarten Termine halten müssen. Wenn Sie einen Termin absagen müssen, dann tun Sie das bitte **spätestens 24 Std. vorher !!**

Wir bitten um Verständnis dafür, dass wir Ihnen andernfalls die Kosten für diesen Leerlauf in Rechnung stellen müssen.

Datum

Unterschrift