



Anmeldebogen mit Anamnese

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße Nr.: _____
PLZ/Ort: _____
Tel. Festnetz: _____
Tel. Handy: _____
Emailadresse: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber: _____
Ort: _____
Tel. Arbeitsplatz: _____
Krankenkasse: _____
Pflichtversichert: ja / nein

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

Name: _____
Vorname _____
Geburtsdatum: _____

Wer hat uns empfohlen?

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____
Straße: _____
PLZ / Ort: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen
Dienstes? ja / nein

Bestehen gesundheitliche Risiken? Bitte Zutreffendes ankreuzen!

Haben Sie einen Allergiepass? _____ ja / nein

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? _____ ja / nein

Haben Sie Gerinnungsstörungen? _____ ja / nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? _____ ja / nein

Sind Sie HIV positiv? _____ ja / nein

Haben Sie Hepatitis B oder C? _____ ja / nein

Rauchen Sie? Wenn ja wie viele Zigaretten pro Tag? _____ ja / nein

Bitte wenden !!!

Haben Sie Diabetes? _____ ja / nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? _____ ja / nein

Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? _____ ja / nein

Haben Sie Asthma? _____ ja / nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____ ja / nein

Sonstiges? _____

Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? __ Woche _____ ja / nein

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen? ja / nein

Blutet Ihr Zahnfleisch? ja / nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja / nein

Haben/hatten Sie Parodontitis? ja / nein

Haben Sie Geräusche oder

Schmerzen im Kiefergelenk? ja / nein

Hatten Sie jemals eine

Kiefervermessung? ja / nein

Fand früher bereits eine Röntgenuntersuchung im Kieferbereich statt?
Wenn ja, wann _____ ja / nein

Wünschen Sie **Beratung über Implantate** (künstliche Zahnwurzeln)? ja / nein

Wünschen Sie eine **kieferorthopädische Beratung**? ja / nein

Haben Sie Interesse an einem **Prophylaxeprogramm**? ja / nein

Wenn ja, wünschen Sie unseren Erinnerungsservice dafür? ja / nein

Wünschen Sie unseren Erinnerungsservice (**Recall**) für die Vorsorgeuntersuchung? ja / nein

Sind Sie mit der Ästhetik und der Farbe Ihrer Zähne zufrieden? ja / nein

Wünschen Sie evtl. zum Entspannen und Wohlfühlen eine **Lachgassedierung**? ja / nein

Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich !

Mit folgender Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass Bonitätsprüfungen durchgeführt werden dürfen. Ebenfalls bin ich damit einverstanden, dass Ausfallkosten für Termine, die nicht mindestens zwei Stunden vorher abgesagt werden, berechnet werden können.

Abensberg, den _____

Datum

Unterschrift