



ANMELDEBOGEN MIT ANAMNESE

Name:.....
Vorname:.....
Geburtsdatum:.....
Ort:.....
Adresse:.....
Tel.Privat:.....
E-Mail:.....
Beruf:.....

Arbeitgeber:.....
Ort:.....
Name:.....
Adresse:.....
Tel:.....

Sind Sie pflichtversichert: ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind,
wer ist Versicherer?

Vorname:.....
Name:.....
Geburtsdatum:.....

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name:.....
Adresse:.....

Wer hat uns empfohlen?:.....

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Reagieren Sie auf bestimmte Stoffe, z.B. Latex?
 ja, auf:.....

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen? ja nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein: nein
 ja, folgende:.....

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? nein
 ja, folgende:.....

Sind Sie HIV positiv? ja nein

Haben oder hatten Sie Gelbsucht (Hepatitis)?
ja – Typ A Typ B Typ C – Seit wann?

Haben Sie Diabetes? ja nein

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

Haben Sie Asthma? ja nein

Liegt eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja nein

Haben Sie Osteoporose? ja nein

Haben oder hatten Sie
eine Krebserkrankung? ja nein

Nehmen oder nahmen
Sie Bisphosphonate ein? ja nein
Wenn ja, welche:.....

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Rauchen Sie? nein

Wenn ja – wie viele Zigaretten
pro Tag 5 Stck. 10 Stck. 15 Stck.
 20 Stck. 25 Stck. und mehr

WESWEGEN BEGEBEN SIE SICH IN BEHANDLUNG?

Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein

Blutet Ihr Zahnfleisch? ja nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja nein

Fand eine Röntgenuntersuchung statt? ja nein

Haben Sie schon mit Wurzelspitzen-
entzündungen zu tun gehabt? ja nein

Haben Sie Geräusche oder
Schmerzen im Kiefergelenk? ja nein

Sind Ihre Zähne gelockert? ja nein

ERINNERUNGSSERVICE

Sind Sie, falls es notwendig sein sollte, damit einverstanden,
dass wir Sie in regelmäßigen Abständen an die Kontrolle Ihres
Gebisszustands erinnern und dafür Ihre personenbezogenen
Daten durch die Praxis speichern und nutzen? ja nein

Wir sprechen die Teilnahme am Erinnerungsservice in jedem
Fall vorher noch mit Ihnen ab.

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

Ort / Datum / Unterschrift:

