

Anmeldebogen mit Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Patient

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Adresse: _____

E-Mail privat: _____

Telefonnummern

Privat: _____

Mobil: _____

Geschäftlich: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber, Ort: _____

Hauptversicherter

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Rechnungsempfänger

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja nein

Krankenkasse: _____

Pflichtversichert: ja nein

Wer ist Ihr/Ihre Hausarzt/Hauszahnärztin oder Ihr Überweiser

Bestehen gesundheitliche Risiken?
Falls ja, welche?

ja nein

Leiden Sie an einer Allergie?
Falls ja, an welcher?

ja nein

Haben Sie ...

eine Magen-/Darmerkrankung? ja nein

eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja nein

Gerinnungsstörungen? ja nein

einen hohen Blutdruck? ja nein

einen niedrigen Blutdruck? ja nein

Diabetes? ja nein

eine Nierenerkrankung? ja nein

grünen Star? ja nein

oder hatten Sie eine Krebserkrankung? ja nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Leiden Sie ...

an Osteoporose? ja nein

an einer Schilddrüsenerkrankung? ja nein

unter Migräne? ja nein

Liegt bei Ihnen ...

eine Infektionskrankheit vor? ja nein

HIV Hepatitis B Hepatitis C

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

Falls ja, welche?

Rauchen Sie? ja nein

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja nein

Hatten Sie innerh. der letzten 2 Jahre
eine Röntgenuntersuchung? ja nein

Besitzen Sie einen Implantatpass? ja nein

Als Serviceleistung erinnern wir unsere Patienten
einen Tag vorher an Ihre Termine.

per E-Mail

per Telefonanruf

per SMS

nicht erwünscht

München, _____

Unterschrift _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.