

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Adresse: _____

Tel. Privat: _____
E-Mail: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____

Tel. Arbeitsplatz: _____
Krankenkasse: _____
pflichtversichert: ja / nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-
mitglied sind, wer ist Versicherter?
Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?
Name: _____
Adresse: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen
Dienstes? ja / nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Haben Sie Allergien? ja / nein
Haben Sie Asthma? ja / nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja / nein
Haben Sie Diabetes? ja / nein
Haben Sie eine Lebererkrankung? ja / nein
Haben Sie Bluterkrankungen oder Gerinnungsstörungen? ja / nein
Haben Sie Ohnmachts- oder Krampfanfälle / Schlaganfall? ja / nein
Haben Sie Rheuma? ja / nein
Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? HIV Hepatitis B Hepatitis C
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja / nein
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? ja / nein
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? Woche _____ ja / nein

Sonstige Erkrankungen: _____

Medikamente: _____

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen? ja / nein Haben Sie Geräusche oder Schmerzen
Blutet Ihr Zahnfleisch? ja / nein im Kiefergelenk? ja / nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja / nein Hatten Sie jemals eine "Kiefervermessung"? ja / nein
Sind Ihre Zähne gelockert? ja / nein Fand eine Röntgenuntersuchung statt? ja / nein
Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden? ja / nein
Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? ja / nein
Möchten Sie darüber eine Beratung? ja / nein
Halten Sie eigene Zähne für ein ganzes Leben für erstrebenswert? ja / nein

Sind Sie einverstanden, dass wir Sie an regelmäßige Kontrolluntersuchungen erinnern? ja / nein

per Brief per E-Mail per Telefon

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

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

Wadern, den _____

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigte (r)