

Anmeldebogen und Anamnese

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig und vollständig, auch wenn Sie keinen Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung sehen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

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

Telefon: _____
Mobil: _____
E-Mail: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber: _____
Krankenkasse: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Mitglied?

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

An wen geht die Rechnung? _____

Erhalten Sie Beihilfe? Ja ☐ Nein ☐

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

1. Nehmen Sie Medikamente?

Falls ja, welche: _____

2. Haben Sie schon einmal Bisphosphonate bekommen? Ja ☐ Nein ☐

3. Haben Sie einen Herzschrittmacher oder eine künstliche Herzklappe? Ja ☐ Nein ☐

4. Ich leide an:
- Herz-/ Kreislaufbeschwerden Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche: _____

- Blutgerinnungsstörung Ja ☐ Nein ☐

- Magen-/Darm-/Nierenerkrankung Ja ☐ Nein ☐

- Diabetes Ja ☐ Nein ☐

- Epilepsie Ja ☐ Nein ☐

- Asthma Ja ☐ Nein ☐

- Rheuma Ja ☐ Nein ☐

- Tuberkulose Ja ☐ Nein ☐

- Schilddrüsenerkrankung Ja ☐ Nein ☐

- Grünem Star Ja ☐ Nein ☐

- Prostataerkrankung Ja ☐ Nein ☐

5. Ich leide an folgenden Allergien: _____

6. Haben Sie eine Infektionserkrankung?

- Hepatitis? Ja ☐ Nein ☐

- HIV (Aids)? Ja ☐ Nein ☐

- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit Ja ☐ Nein ☐

7. Sind Sie schwanger? Ja ☐ Nein ☐

8. Existieren zahnärztliche Röntgenaufnahmen?

9. Sind Ihnen gesundheitliche Risiken bekannt?

Falls ja, welche:

Wichtig:

- Wir bitten Sie, möglichst pünktlich zu dem jeweils vereinbarten Termin zu erscheinen. Falls Sie einen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen Termin mindestens 24 h vorher abzusagen. Bitte haben Sie Verständnis, dass andernfalls die für Sie reservierte Zeit mit **50.-€ je angefangene 30 min.** Behandlungszeit in Rechnung gestellt werden muss.

- Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit für mehrere Stunden eingeschränkt ist, falls sie eine örtliche Betäubung erhalten.

Datum: _____

Unterschrift: _____