

Anmeldebogen mit Anamnese

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis.

Allgemein

Name/Vorname Geburtstag

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Tel.privat Tel.mobil

Beruf Tel.Arbeit

Krankenkasse e-mail

Wenn Sie nicht selbst versichert sind, bei wem sind Sie mitversichert?

Name/Geburtsdatum

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name /Adresse/ Geb.Datum

Gibt es einen Vormund oder Betreuer? jaO neinO

Wenn ja,: Name/Adresse/Geburtsdatum + Kopie Betreuerausweis

Für Privatpatienten

Sind Sie beihilfeberechtigt? jaO neinO

Haben Sie einen Basis/Standardtarif? jaO neinO

Gesundheit:

Wer ist ihr Hausarzt?

Haben Sie Zahnschmerzen? jaO neinO

Bestehen Allergien? jaO neinO

Wenn ja welche: _____

Nehmen Sie Medikamente ein? jaO neinO

Wenn ja welche: _____

Haben Sie Gerinnungsstörungen? jaO neinO

Haben Sie Bluthochdruck? jaO neinO

Haben Sie zu niedrigen Blutdruck? jaO neinO

Neigen Sie zur Ohnmacht? jaO neinO

Haben Sie Herz/Kreislaferkrankungen? jaO neinO

Wenn ja, welche: _____

Sind Sie HIV positiv? jaO neinO

Haben Sie Hepatitis? jaO neinO

Wenn ja, welche: _____

Haben Sie Diabetes? jaO neinO

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? jaO neinO

Haben Sie eine Magen/Darmerkrankung? jaO neinO

Haben Sie eine Nierenerkrankung? jaO neinO

Haben Sie grünen Star? jaO neinO

Haben Sie Epilepsie? jaO neinO

Haben Sie Asthma? jaO neinO

Haben Sie Osteoporose? jaO neinO

Leiden Sie unter Migräne? jaO neinO

Gibt es andere Erkrankungen? jaO neinO

Wenn ja,

welche: _____

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? jaO neinO

Wenn ja, in welcher Woche: _____

Was sonst noch wichtig ist

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? _____

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche
Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? jaO neinO

Wenn ja, wie: per PostO per emailO

Datum

Unterschrift