

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: _____

Hauptversicherter (falls abweichend)

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Telefonnummern

Privat: _____
Mobil: _____
Geschäftlich: _____

Rechnungsadresse (falls abweichend)

Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____

Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen
Dienstes? ja nein
Krankenkasse: _____
Pflichtversichert: ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an einer Allergie? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung? ja nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufferkrankung? ja nein

Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja nein

Haben Sie einen hohen Blutdruck? ja

niedrigen Blutdruck? ja

Haben Sie Diabetes? ja nein

Nehmen Sie Bisphosphonate ein? ja nein

- Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja nein
- Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? ja nein
- HIV Hepatitis B Hepatitis C
- Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein
- Wenn ja, welche? _____
-
- Haben Sie eine Nierenerkrankung? ja nein
- Haben Sie eine Lungenerkrankung? ja nein
- Leiden Sie unter Migräne? ja nein
- Haben Sie grünen Star? ja nein
- Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung? ja nein
- Rauchen Sie? ja nein
- Sind Sie schwanger? ja nein
- Wenn ja, in welcher Woche? _____

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

- Eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung ja nein
- Sonstiger Grund _____
- In welcher Zahnarztpraxis waren Sie zuvor? _____
- Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein
- Blutet Ihr Zahnfleisch? ja nein
- Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja nein
- Sind Ihre Zähne gelockert? ja nein
- Haben Sie Geräusche im Kiefergelenk? ja nein
- Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk? ja nein
- Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja nein
- Hatten Sie innerhalb der letzten zwei Jahre eine Röntgenuntersuchung? ja nein
- Wünschen Sie eine Aufklärung zu Implantaten? ja nein
- Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? ja nein
- Möchten Sie darüber eine Beratung? ja nein

An regelmäßige Termine möchte ich erinnert werden

- Kontrolluntersuchungen
- Professionelle Zahnreinigung

Die Erinnerung wünsche ich

- per Brief
- per E-Mail
- per SMS

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Lübeck, den _____

Datum

Unterschrift