

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

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Lübeck, den _____
Datum

Unterschrift