



# Anmeldebogen mit Anamnese

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Tel. Privat:

Tel. Mobil:

Beruf:

Arbeitgeber, Ort:

Tel. Arbeitsplatz:

Krankenkasse:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung von Familie

Internet

Praxisschild

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name:

Adresse:

Empfehlung von Freunden / Bekannten, Kollegen

Sonstiges:

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

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?

ja

nein

Wenn ja, warum?

Name des Arztes

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja

nein

Wenn ja, welche?

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe (Allergie, Heuschnupfen)? .....

ja

nein

Haben Sie Gerinnungsstörungen? .....

ja

nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? .....

ja

nein

Haben Sie Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV usw.) .....

ja

nein

Haben Sie Innere Krankheiten (Diabetes, Schilddrüse, Nierenerkrankung)? .....

ja

nein

Leiden Sie unter Osteoporose? .....

ja

nein

Haben Sie grünen Star? .....

ja

nein

Haben Sie Asthma? .....

ja

nein

Bei Frauen: Sind Sie schwanger? .....  ja  nein wenn ja, welche SSW?

Weshalb begeben Sie sich in Behandlung?

Vorsorgeuntersuchung .....  ja  nein

Haben Sie Zahnschmerzen? .....  ja  nein

Blutet Ihr Zahnfleisch? .....  ja  nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ...  ja  nein

Sind Ihre Zähne gelockert? .....  ja  nein

Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden? .....  ja  nein

Halten Sie eigene Zähne für ein ganzes Leben für erstrebenswert? .....  ja  nein

Möchten Sie an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? .....  ja  nein

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

Taucha,

Datum

Unterschrift