



## Anmeldebogen mit Anamnese

Patient: \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geb.-Datum

Anschrift: \_\_\_\_\_  
Straße / Nummer Postleitzahl / Ort

Telefon: \_\_\_\_\_  
Privat Mobil E-Mail

Beruf: \_\_\_\_\_  
Tätigkeit Arbeitgeber Telefon

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Mitglied: \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geb.-Datum

Name und Adresse Ihres **Zahnarztes**: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Name und Adresse Ihres **Hausarztes**: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

	Ja	Nein
Haben Sie Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Gerinnungsstörungen bzw. nehmen Sie Blutverdünner ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Herzerkrankung/künstliche Herzklappe/Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Bluthochdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie HIV-positiv (AIDS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Hepatitis? Wenn ja, A, B oder C? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Migräne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Grünen Star?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Krebserkrankung? Wenn ja, welcher Art? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger, wenn ja, in welcher Woche? Woche \_\_\_\_\_

Wann fand die letzte Röntgenuntersuchung statt? \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten und Röntgenbilder an meinen behandelnden Zahnarzt/Facharzt weitergegeben werden dürfen.

**Bei Privatpatienten: Haben Sie einen Basis-/ Standardtarif?** Ja  Nein

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

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

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Bei Nichteinhalten von Terminen behalten wir uns eine Rechnungsstellung für den entstandenen Arbeitsausfall vor.  
Zur Kenntnis genommen:

\_\_\_\_\_ Unterschrift