

Anmeldebogen mit Anamnese

Name:	_____	Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-
Vorname:	_____	mitglied sind, wer ist Versicherter?
Geburtsdatum:	_____	Name: _____
Adresse:	_____	Vorname: _____
	_____	Geburtsdatum: _____
Tel. Privat:	_____	Wer soll die Rechnung erhalten?
Mobiltelefon:	_____	Name: _____
E-Mail-Adresse:	_____	Adresse: _____
Beruf:	_____	
Tel. Arbeitsplatz:	_____	Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen
Krankenkasse:	_____	Dienstes? ja / nein
pflichtversichert:	ja / nein	

Wer hat uns empfohlen? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?		ja / nein
Wenn ja, welche?		
Haben Sie Allergien oder reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe?		ja / nein
Wenn ja, auf welche?		
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Welche?		ja / nein
Haben Sie grünen Star?		ja / nein
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?		ja / nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?		ja / nein
Haben Sie Gerinnungsstörungen?		ja / nein
Leiden Sie an Bluthochdruck?		ja / nein
Haben Sie Asthma?		ja / nein
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?		ja / nein
Haben Sie Diabetes?		ja / nein
Haben Sie eine Lebererkrankung oder Hepatitis B/C?		ja / nein
Sind Sie HIV positiv?		ja / nein
Leiden Sie an Osteoporose?		ja / nein
Leiden Sie an Epilepsie?		ja / nein
Leiden Sie unter Migräne?		ja / nein
Rauchen Sie?		ja / nein
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche?	Woche	ja / nein
<u>Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?</u>		
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 oder Schmerzen im Kiefergelenk?		ja / nein
Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung?		ja / nein

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.

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

Hinweis: Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Falls Sie einen Termin reserviert haben und diesen nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, diesen mindestens 24 Stunden vorher telefonisch abzusagen. Andernfalls können Ihnen pro angefangene halbe Stunde € 50,- in Rechnung gestellt werden.

München, den _____

Unterschrift Patient/-in