

## ANMELDEBOGEN MIT ANAMNESE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

### PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	PLZ, Ort	Email
Tel. privat	Tel. mobil	Tel. Arbeitsplatz
Beruf	Arbeitgeber	Ort

### KRANKENVERSICHERUNG

Krankenkasse

- Gesetzlich versichert
  Privat versichert
  Zusatzversicherung  
 Basistarif
  Beihilfeberechtigt

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherter sind, ergänzen Sie bitte hier die Daten des Versicherten bzw. Rechnungsempfängers:

Name, Vorname	Geburtstag Versicherter
Straße	PLZ, Ort

## GESUNDHEITLICHE RISIKEN

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien, Überempfindlichkeiten   | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung              |
| <input type="checkbox"/> Allergiepass vorhanden             | <input type="checkbox"/> Magen-, Darm- oder Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Blutungsneigung, Gerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Grüner Star (Glaukom)               |
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankung            | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung                     |
| <input type="checkbox"/> Herzoperation, welche: _____       | <input type="checkbox"/> Bestrahlungstherapie                |
| <input type="checkbox"/> HIV-positiv                        | <input type="checkbox"/> Osteoporose                         |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B                        | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft, Woche: _____       |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis C                        | <input type="checkbox"/> Medikamente, welche: _____          |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                           | _____  |

## VON WELCHEN ZAHNÄRZTLICH RELEVANTEN VORERKRANKUNGEN WISSEN SIE?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten                     | <input type="checkbox"/> Hohe Kariesanfälligkeit                         |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischrückgang                   | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____                                |
| <input type="checkbox"/> Gelockerte Zähne                      | <input type="checkbox"/> Wann wurden Ihre Zähne das letzte Mal geröntgt? |
| <input type="checkbox"/> Parodontitis                          | _____  |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenkgeräusche oder -schmerzen |  |

ICH WÜNSCHE EINE GEZIELTE BERATUNG ÜBER: \_\_\_\_\_

## WIE WURDEN SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung | <input type="checkbox"/> Überweisender Arzt: _____ |
| <input type="checkbox"/> Internet               | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____          |
| <input type="checkbox"/> Lage der Praxis        |  |

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

Ort, Datum

Unterschrift