

ANMELDEFORMULAR – ANAMNESEBOGEN

Herzlich willkommen in unserer Praxis!
Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen.
Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen in Ihrem eigenen Interesse.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Tel. priv: _____ Handy: _____ Tel. geschäftl.: _____

Über wen sind Sie versichert, wenn Sie nicht selbst krankenversichert sind?

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Krankenversicherung:

	Ja	Nein
Sind Sie privat versichert?		
Sind Sie freiwilliges Mitglied der gesetzl. KV?		
Sind Sie Pflichtmitglied der gesetzl. KV?		
Sind Sie beihilfeberechtigt?		
Haben Sie eine Zusatzversicherung?		

Was führt Sie in unsere Praxis?

Amalgamentfernung	Karies
hochwertigen Zahnersatz	Professionelle Zahnreinigung
Hochwertige Goldinlays	schonende Zahnaufhellung
Kiefergelenksbehandlung / CMD	keramische Verblendschalen
Behandlung unter Vollnarkose	Implantate

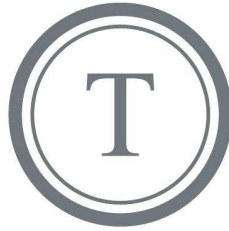
Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung? _____

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne? _____

Wie sind Sie auf uns Aufmerksam geworden? _____

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?

Name, Anschrift, Telefon des behandelnden Arztes:



Bestehen bei Ihnen:	Ja	Nein	Wenn ja, ...
Allergien (welche)			_____
Anfallsleiden (Epilepsie)			_____
Asthma, Atemnot			_____
Blutgerinnungsstörungen			_____
Diabetes (welcher Typ)			_____
Glaukom (erhöhter Augendruck)			_____
Angina pectoris			_____
Herzinfarkt			_____
Herzrhythmusstörungen			_____
Herzklappenfehler/-ersatz			_____
Hoher od. niedriger Blutdruck			_____
Hepatitis			_____
HIV/ Aids			_____
Tuberkulose			_____
Lebererkrankungen			_____
Magen-Darm-Erkrankungen			_____
Nierenerkrankungen			_____
Schilddrüsenerkrankungen			_____
Weitere Erkrankungen			_____
Besteht eine Schwangerschaft?			_____
Nehmen Sie Medikamente ein?			_____

	Ja	Nein
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten/Zahnfleischentzündung?		
Knackt Ihr Kiefergelenk beim Kauen oder Gähnen?		
Knirschen Sie nachts mit den Zähnen?		
Haben Sie häufig Kopf - oder Nackenschmerzen?		
Haben Sie Angst vor der Behandlung?		
Wünschen Sie eine lokale Betäubung?		

Wünschen Sie eine Aufnahme in unser Recallsystem?
(Sie werden dann automatisch von uns an Ihre nächste Vorsorgeuntersuchung oder Prophylaxetermin erinnert)