

# Anmeldebogen mit Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

## Patient

Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Geburtsort: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 E-Mail privat: \_\_\_\_\_

## Wer ist Hauptversicherter?

Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Telefonnummern

Privat: \_\_\_\_\_  
 Mobil: \_\_\_\_\_  
 Geschäftlich: \_\_\_\_\_

## Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_  
 Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
 Zahnzusatzversicherung:  ja  nein  Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen  
 Dienstes?  ja  nein   
 Pflichtversichert:  ja  nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

## Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer Allergie?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung? .....  ja  nein

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

Haben Sie Gerinnungsstörungen? .....  ja  nein

Haben Sie einen hohen Blutdruck? .....  ja  nein

niedrigen Blutdruck? .....  ja  nein

Haben Sie Diabetes? .....  ja  nein

Nehmen Sie Bisphosphonate ein? .....  ja  nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? .....  ja  nein

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? .....  ja  nein

HIV  Hepatitis B  Hepatitis C

Nehmen Sie Medikamente ein? ..... ja  nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Nierenerkrankung? ..... ja  nein   
Leiden Sie unter Migräne? ..... ja  nein   
Haben Sie grünen Star? ..... ja  nein   
Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung? ..... ja  nein   
Rauchen Sie? ..... ja  nein   
Sind Sie schwanger? ..... ja  nein   
Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

### Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

Eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung ..... ja  nein

In welcher Zahnarztpraxis waren Sie zuvor? \_\_\_\_\_

Sonstiger Grund \_\_\_\_\_

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 im Kiefergelenk? ..... ja  nein   
Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk? ..... ja  nein   
Besitzen Sie einen Röntgenpass? ..... ja  nein   
Hatten Sie innerhalb der letzten zwei Jahre eine Röntgenuntersuchung? ..... ja  nein   
Wünschen Sie eine Aufklärung zu Implantaten? ..... ja  nein   
Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? ..... ja  nein   
Möchten Sie darüber eine Beratung? ..... ja  nein

An regelmäßige Termine möchte ich erinnert werden

Kontrolluntersuchungen

Professionelle Zahnreinigung

Die Erinnerung wünsche ich

per Brief

per E-Mail

per SMS

per Telefonanruf

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift