

### Anmeldebogen mit Anamnese

Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Adresse		
Geburtsort		
E-Mailadresse		
Telefonnummer privat oder Mobilnummer		
Beruf		
Arbeitgeber, Ort		
Telefonnummer beruflich		
Krankenkasse		
Pflichtversichert	ja	nein
Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung?	ja	nein
Sind Sie privat versichert?	ja	nein
Standardtarif / Basistarif?	Bitte einkreisen	
Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes	ja	nein

### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Adresse		
Wer soll die Rechnung erhalten?	Name, Vorname	
	Adresse	

### Bestehen gesundheitliche Risiken?

Hausarzt/ Facharzt		
Haben Sie Allergien?	ja	nein
Wenn ja, welche?		
Haben Sie Asthma?	ja	nein
Haben Sie Bluthochdruck?	ja	nein
Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?	ja	nein
Haben Sie eine Herz-Kreislaferkrankung?	ja	nein
Wenn ja, welche?		
Haben Sie Gerinnungsstörungen?	ja	nein
Wenn ja, letzter Wert		

Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt?	ja	nein
Wenn ja, Datum des Tests		
Haben Sie eine Creutzfeld-Jakob-Erkrankung?	ja	nein
Leiden Sie unter Kopfschmerzen / Migräne?	ja	nein
Leiden Sie unter Schlafstörungen?	ja	nein
Sind Sie schwanger?	ja	nein
Wenn ja, in welcher Woche?		
Haben Sie Hepatitis?	ja	nein
Haben Sie Diabetes?	ja	nein
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	ja	nein
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?	ja	nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?	ja	nein
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel am Tag?	ja	nein
Sind Sie alkohol- oder drogenabhängig?	ja	nein

#### Weswegen begeben Sie sich in zahnärztliche Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen?	ja	nein
Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk?	ja	nein
Hatten Sie jemals eine "Kiefervermessung"?	ja	nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	ja	nein
Sind Ihre Zähne gelockert?	ja	nein
Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden?	ja	nein
Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig?	ja	nein
Halten Sie eigene Zähne lebenslang für erstrebenswert?	ja	nein
Wünschen Sie eine schriftliche Benachrichtigung zu Ihrem Vorsorgetermin?	ja	nein
Bonusheft/ Prophylaxe	ja	ja

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich! Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar. Ich stimme der Verarbeitung meiner Daten für Terminerinnerung, Mailing, Recall zu.

Ich bestätige, die oben angegebenen Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Bei Veränderungen werde ich die Praxis umgehend informieren. Terminänderungen sind so früh wie möglich, spätestens 24 Stunden vor der vereinbarten Behandlungszeit vorzunehmen.

TETTANG, den

---

Unterschrift Patient / Patientin bzw. Erziehungsberechtigter / gesetzlicher Vertreter