



ANMELDE & ANAMNESEBOGEN

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Schön, dass Sie da sind!

Für Ihre persönliche Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß. Alle Angaben unterliegen nach §203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname des Patienten		
Geburtsdatum	Ort	Beruf
Name, Vorname des Versicherten		
Geburtsdatum	Ort	Beruf
Straße, Nr.		
PLZ, Ort		
Telefon	mobil	
E-Mail		
Krankenkasse	freiwillig versichert	
Zusatzversicherung		
Arbeitgeber		
Hausarzt/Kinderarzt		
Empfohlen von		

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Allergien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	welche?
Atemwegserkrankungen/Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	welche?
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	welche?
Herz-/Kreislaufbeschwerden/Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	welche?
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	welche?
Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, MRSA)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	welche?
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	welche?
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Glaukom	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	welche?

SONSTIGE ANGABEN

Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Knirschen/pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	welche?
Datum der letzten Röntgenuntersuchung			

ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Leiden Sie unter Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	welche?
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Blutet Ihr Zahnfleisch?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie sich bereits zu dem Thema Prophylaxe informiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

UNSER SERVICE FÜR SIE

Um Ihre Zähne langfristig gesund zu halten, möchten wir Ihnen anbieten, Sie an die jährliche Vorsorge und Kontrolluntersuchungen sowie Zahnreinigungen zu erinnern. Wählen Sie bitte, wie sie kontaktiert werden möchten:

per Post per E-Mail per SMS per Anruf kein Interesse

Dürfen wir Ihren Informationen zu unserer Praxis und Aktionen übersenden?
Wenn ja, auf welchem Wege?

per Post per E-Mail per SMS per Anruf kein Interesse

Wünschen Sie eine Terminerinnerung? Wenn ja, auf welchem Wege?

per Post per E-Mail per SMS per Anruf kein Interesse

Ort, Datum

Unterschrift

Mit ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung Ihrer persönlichen Daten ausdrücklich zu.