



Anmeldebogen und Anamnese

Persönliche Angaben

	<i>Patient*in</i>	<i>Versicherte*r</i>
Vorname
Nachname
Geburtsdatum/Ort
Straße
Wohnort
Telefon
Name der Versicherung

Allgemeine Angaben

Möchten Sie an Ihre jährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein

Falls ja, bitte Ihre Mailadresse eintragen:

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? (Jahr)

Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja nein

Haben Sie ein Bonusheft? ja nein

Hinweis zu Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr kann nach der Behandlung unter Umständen für bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein, sowohl durch die eigentliche Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten.
Auf Wunsch rufen wir Ihnen gern ein Taxi.

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie um rechtzeitige Absage. Versäumte Termine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt wurden, müssen wir mit einem Pauschalbetrag von 50,--Euro je angefangene halbe Stunde in Rechnung stellen.

Informationen zum Datenschutz liegen an der Anmeldung aus.

Fragen zur allgemeinen Anamnese

Bitte beantworten Sie für eine komplikationsfreie Behandlung folgende Fragen:

Name:

	ja	nein	Ergänzungen der Ärztin
Allergien (Allergiepass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzerkrankungen (z.B. Infarkt, Angina pectoris, Schrittmacher, Herzklappenerkrankung, Rhythmusstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kreislaufferkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Schwindel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Osteoporose/ Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lungenerkrankung (z.B. Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erhöhter Augeninnendruck (Glaukom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frühere Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere, hier nicht aufgeführte Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie Raucher/ in?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pflegestufe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Hausarzt:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Datum, Unterschrift Patient*in

Unterschrift Ärztin