

Anmeldebogen mit Anamnese

| | |
|---|--|
| Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ Adresse: _____ Tel. Privat: _____ Arbeitgeber, Ort: _____ Tel. Arbeitsplatz: _____ Krankenkasse: _____ pflichtversichert: ja / nein | Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs- mitglied sind, wer ist Versicherter? Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Beruf: _____ Wer soll die Rechnung erhalten? Name: _____ Adresse: _____ Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja / nein |
|---|--|

Wer hat uns empfohlen?

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

| | |
|---|-----------------|
| Haben Sie einen Allergiepass? | ja / nein |
| Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? | ja / nein |
| Haben Sie Gerinnungsstörungen? | ja / nein |
| Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? | ja / nein |
| Haben Sie Herz-Rhythmusstörungen? | ja / nein |
| Haben Sie einen Herzpass? | ja / nein |
| Bekommen Sie eine Chemo? | ja / nein |
| Haben Sie Künstliche Gelenke / Prothesen? | ja / nein |
| Sind Sie HIV positiv? | ja / nein |
| Haben Sie Hepatitis B? | ja / nein |
| Haben Sie Hepatitis C? | ja / nein |
| Haben Sie Diabetes? | ja / nein |
| Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? | ja / nein |
| Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? | ja / nein |
| Leiden Sie unter Migräne? | ja / nein |
| Haben Sie grünen Star? | ja / nein |
| Haben Sie eine Prostataerkrankung? | ja / nein |
| Haben Sie Asthma? | ja / nein |
| Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? | Woche ja / nein |

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

| | | | |
|---|-----------|---|-----------|
| Haben Sie Zahnschmerzen? | ja / nein | Haben Sie Geräusche oder Schmerzen | |
| Blutet Ihr Zahnfleisch? | ja / nein | im Kiefergelenk? | ja / nein |
| Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? | ja / nein | Hatten Sie jemals eine "Kiefernvermessung"? | ja / nein |
| Sind Ihre Zähne gelockert? | ja / nein | Fand eine Röntgenuntersuchung statt? | ja / nein |
| Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden? | | | ja / nein |
| Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig? | | | ja / nein |
| Wünschen Sie einen regelmäßige halbjährliche Erinnerung? (Recall) | | | ja / nein |

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.
 Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Friedrichshafen, den _____

 Unterschrift